Année 1914 — N° —

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Moïse RABINOVITCH

Né à Varsovie (Russie), le 31 décembre 1879

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC ENTRE LES EXSUDATS ET LES TRANSSUDATS

La Réaction du Collargol

Président : M. GILBERT, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, Éditeurs

15, Rue Racine (VIe)

—

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage d'un amour profond.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de la Clinique médicale
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE VILLARET

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

402

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE NANCY

MESSIEURS LES PROFESSEURS BERNHEIM, GROSS, SPILLMANN (*in memoriam*) ET WEISS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NETTER

AVANT-PROPOS

La réaction du collargol est très peu connue dans le monde médical ; on ne s'en sert pas beaucoup dans les hôpitaux de Paris, à notre connaissance. Certes elle est nouvelle, car c'est depuis l'année dernière qu'elle est devenue d'une application pratique grâce aux travaux de M. le professeur agrégé Maurice Villaret. Notre but serait atteint, si ce modeste travail pouvait contribuer à la faire mieux connaître, à la faire pénétrer dans le cadre des réactions quotidiennement appliquées dans la clinique.

Avant d'aborder ce sujet nous adressons l'hommage de notre profond respect à notre éminent maître, M. le professeur Gilbert, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Sans avoir eu l'honneur d'être officiellement son élève, qu'il nous soit permis de nous considérer comme tel. Attaché bénévolement à son service après avoir fini nos stages officiels, nous étions mieux placé pour apprécier à sa haute valeur son enseignement clair et attrayant et toujours instructif.

Ses leçons cliniques des mercredi et samedi, sa clinique quotidienne au lit des malades sont toujours marquées par la préoccupation continuelle d'inculquer à ses auditeurs des idées précises de la pathologie et de la thérapeutique. La patience avec laquelle il ne se lasse pas de répéter les notions élémentaires caractérise le grand savant et le vrai professeur.

Nous lui exprimons notre vive gratitude pour l'hospitalité qu'il nous a accordée et pour les marques d'amabilité qu'il nous a prodiguées.

Nous adressons également nos vifs remerciements à M. le professeur agrégé Maurice Villaret qui nous a inspiré le sujet de notre thèse inaugurale et qui nous a aimablement guidé dans nos recherches.

Merci également aux chefs de différents services, à MM. les internes et externes qui nous ont facilité notre tâche.

Nous garderons un excellent souvenir du semestre passé comme externe dans le service de notre maître le professeur agrégé Marion.

Que M. Caussade, médecin de l'Hôtel-Dieu, dans le service de qui nous avons beaucoup appris, soit assuré de notre gratitude.

Nos meilleurs sentiments à nos maîtres de la Faculté, surtout à MM. les professeurs Marfan et Widal, dont l'enseignement clinique et les cours magistraux nous seront toujours des guides sûrs dans notre future carrière médicale.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU DIAGNOSTIC ENTRE LES EXSUDATS ET LES TRANSSUDATS

La Réaction du Collargol

INTRODUCTION

Si dans la pratique courante il est le plus souvent facile, en se basant sur les signes cliniques, d'affirmer la nature inflammatoire d'un liquide épanché dans une cavité séreuse : plèvre, péricarde ou péritoine, il peut se présenter des cas où ce diagnostic devient délicat, offre des difficultés presque insurmontables, dépassant ainsi les ressources ordinaires de la clinique courante. Tous les cliniciens savent combien sont fréquents ces épanchements latents, que ne vient déceler qu'un examen approfondi du malade.

Dans ces cas d'épanchements pleuraux, dont le début insidieux a passé inaperçu au malade, à son entourage, au médecin lui-même, qui ne se manifestent par aucun trouble fonctionnel net, dont la symptomatologie physique est réduite au minimum: abolition ou simplement diminution des vibrations thoraciques, matité ou parfois légère submatité, dimi-

nution du murmure vésiculaire dans la partie tout inférieure de l'hémithorax présentant l'épanchement pleural, peut-on affirmer ou nier la nature inflammatoire de ces épanchements ? Non, d'autant plus qu'il n'existe alors aucun des phénomènes généraux permettant de se faire une opinion. En un mot, on ne peut pas dire que l'on a affaire à un liquide d'exsudation ou à un liquide de transsudation.

Ce ne sont pas seulement les épanchement pleuraux qui peuvent présenter quelques difficultés d'interprétation, quant à leur nature mécanique ou inflammatoire ; il peut en être de même pour les épanchements du péritoine. On se trouve souvent en présence d'un malade atteint d'une cirrhose du foie dite alcoolique, qui en même temps est tuberculeux. Quand un malade pareil fait de l'ascite, a quoi allons-nous l'attribuer ? Est-elle consécutive à l'hypertension portale ou à un ensemencement du péritoine par le bacille de Koch ou aux deux processus surajoutés ? Dans ce dernier cas quel est la cause primordiale de l'épanchement ?

Cette question a suscité plusieurs travaux et a fait naître plusieurs théories.

Contrairement à la notion classique que la cirrhose de Laënnec ainsi que l'ascite symptomatique sont dues à l'action toxique de l'alcool, certains auteurs ont soutenu que l'ascite relève pour ainsi dire toujours d'une origine tuberculeuse, comme d'ailleurs l'affection hépatique elle-même (Triboulet, André Jousset). Les autres pensent que si la cirrhose

est due à l'intoxication par l'alcool, à une infection souvent d'origine tuberculeuse, l'ascite, elle, est le plus souvent une manifestation du syndrome d'hypertension portale, c'est-à-dire d'origine mécanique et c'est cet élément pathogénique qui constitue le *primum movens* de l'épanchement auquel contribuent cependant diverses causes d'irritation péritonéale, de même origine que la cirrhose ou surajoutées secondairement à elle et notamment, dans certains faits, de nature infectieuse (Gilbert, Maurice Villaret, Castaigne).

C'est à cause de ces diagnostics difficiles que, depuis longtemps, on s'est préoccupé de faire le départ, dans les sérosités pathologiques, entre les exsudats et les transsudats ; mais ce sont surtout les travaux de ces dernières années qui ont contribué à apporter quelques clartés dans cette question si embrouillée.

Pour ne citer que les plus importants, mentionnons les travaux classiques de M. le Professeur Widal et de ses élèves.

Mais si le cytodiagnostic (Widal et Ravaut, 1900) (1) nous permet le plus souvent de nous prononcer sur la nature de l'épanchement en question, il n'en est pas ainsi toujours, et assez nombreux sont les cas où la formule cytologique n'est pas concluante et ne suffit pas au diagnostic.

C'est ainsi que la cytoscopie varie quelquefois

1. Widal et Ravaut, Société de Biologie, séance du 30 juin 1900.— Ravaut, thèse de Paris, 1901.

d'une ponction à une autre et peut révéler dans des épanchements successifs une formule tantôt mécanique, tantôt infectieuse, tantôt mixte, sans que la nature de la sérosité se soit, en réalité, sensiblement transformée. C'est ainsi que, suivant la partie de l'épanchement prélevée, l'étalement ou non du culot, l'endroit de la préparation examinée au microscope, il arrive parfois qu'on obtienne, pour un même liquide, une lecture cytoscopique différente. C'est ainsi enfin que, dans quelques observations, rares d'ailleurs, l'évolution de la maladie, l'inoculation au cobaye ou l'examen anatomo-pathologique ultérieur, peuvent infirmer un diagnostic cytologique dont la lecture paraissait cependant ne prêter à aucune discussion.

Un examen chimique, comme l'est la réaction du collargol, s'il n'est peut-être pas supérieur cliniquement à la cytologie, ne présente pas les inconvénients précédents. La constance des résultats, quelle que soit la partie du liquide examiné, la netteté ordinaire de leur interprétation, la similitude beaucoup plus fréquente de la réaction étudiée en série avec l'évolution de la maladie, même lorsque la formule cytoscopique varie, doivent lui faire accorder une valeur diagnostique indéniable, ne serait-ce que comme contrôle de la méthode cytologique et des réactions de Rivalta (1) ou de Gangi (2 page suivante) qui se font en sens inverse de la sienne.

1. La réaction de Rivalta est basée sur la propriété que possèdent les épanchements inflammatoires de déterminer un précipité

La réaction du collargol peut rendre de grands services lorsque la formule cystologique est mixte et ne peut être interprétée dans un sens net. Elle révèle souvent la nature véritable de l'épanchement, comme le montre l'évolution ultérieure de l'épanchement et de l'affection causale.

---

dans l'acide acétique en solution extrêmement étendue. Dans un verre contenant 50 centimètres cubes d'eau distillée, on agite une goutte d'acide acétique anhydre étendu à moitié d'eau ; on laisse alors tomber dans ce mélange une goutte de l'épanchement à étudier. Dans le cas de réaction positive, signification d'un *exsudat*, on voit la goutte descendre lentement au fond du verre, se divisant en une série de stries comparable à la fumée de cigarette. Si l'épanchement est, au contraire, un *transsudat*, la réaction est négative, la goutte se *dissout* peu à peu, à la façon du sucre dans l'eau (Rivalta, *Riforma medica*, avril 1895) (Barbier de la Serre, *la Réaction de Rivalta*. Thèse de Bordeaux, 1908-1909. — Cruchet et Lautier, *la Réaction de Rivalta* (*Presse médicale*, 1910, 525).— Maurice Villaret, *loc. cit.* — Javal, *sur la réaction de Rivalta* (*C. R. de la Société de Biologie*, 1912, t. I, p. 649).

2. La réaction de Gangi est basée sur la propriété que possèdent les épanchements inflammatoires de déterminer un précipité dans l'acide chlorhydrique pur. On verse dans une petite éprouvette 3 à 4 centimètres cubes d'acide chlorydrique, on fait couler avec une pipette, le long des parois, 4 à 5 centimètres cubes du liquide à examiner. S'il s'agit d'un *exsudat*, on voit se former après quelques heures, à la limite des deux liquides, un anneau blanc caséeux. De la surface supérieure de ce disque se détachent et montent de petits flocons semblables à des colonnettes blanches, qui, après avoir gagné la superficie de la sérosité, redescendent et forment à une certaine distance du premier coagulum un anneau léger et transparent. Puis, si on observe la réaction, au bout de vingt-quatre heures, on voit le disque caséeux envahir toute la sérosité, formant alors une masse unique dense, luisante, blanche ou verdâtre, qui adhère tellement à la paroi de l'éprouvette qu'on peut la renverser sans répandre au dehors l'acide chlorydrique sous-jacent à ce bouchon. Dans le cas d'un *transsudat*, la réaction est négative, il ne se forme, au niveau de la superposition des deux liquides, qu'un disque plus ou moins mince, la partie supérieure de la sérosité restant limpide (Gangi, *Riforma medica*, 27 septembre 1909. — Maurice Villaret, *loc. cit.*).

Il en est de même dans les observations où l'aspect cytoscopique varie d'une ponction à l'autre. C'est surtout dans le cas d'un épanchement d'origine mécanique que la réaction du collargol a une valeur indéniable. Concordant le plus souvent avec le résultat des autres réactions chimiques (réaction de Rivalta, de Gangi) elle a pu se montrer positive lorsque celles-ci étaient négatives et, fait beaucoup plus important, elle reste ordinairement positive, même dans les cas où un exsudat vient se greffer sur un transsudat (épanchement secondairement infecté). Et c'est alors que seule la réaction du collargol indique la nature vraie, primitive de l'épanchement. La cytologie nous révèle une lymphocytose pure ou prédominante, la réaction de Rivalta est fréquemment positive, tout corrobore pour porter un diagnostic d'un épanchement inflammatoire et seule la réaction du collargol permet d'éviter l'erreur.

Cette réaction offre d'autre part des avantages. C'est un procédé simple, nécessitant peu de matériel, peu de réactif, peu de liquide pathologique, qualités qui le recommandent au praticien. On peut, en effet, aussi bien l'employer à la campagne que dans les laboratoires les mieux outillés. Tandis que l'examen cytoscopique demande non seulement une installation compliquée, mais une recherche immédiate et rapide, à cause de la production du caillot fibrineux et d'altérations cellulaires d'autant plus accusées que le liquide est plus ancien, on peut, sans que les résultats paraissent faussés, pratiquer cette

réaction longtemps après le prélèvement de l'épanchement, qu'il est possible, en conséquence, d'expédier à distance.

La réaction du collargol nous a donc paru posséder une valeur clinique certaine, permettant à elle seule de faire le diagnostic ou de corroborer d'autres recherches dans des cas plus délicats. Elle prendra une valeur d'autant plus grande qu'elle coïncidera avec les autres examens de laboratoire. Elle pourra de la sorte éviter au praticien des causes d'erreur, lui faciliter de porter un diagnostic et diriger avec sûreté un traitement convenable.

HISTORIQUE

C'est en novembre 1909, dans un travail publié dans la *Gazetta degli Ospedali* que le professeur Giachimo Breccia (1) fit connaître un nouveau procédé permettant de différencier un épanchement d'origine mécanique d'un liquide d'exsudat inflammatoire.

Ce procédé était basé sur la propriété qu'ont les épanchements d'origine mécanique de donner un précipité en présence d'une faible quantité d'une solution de collargol.

L'auteur l'a expérimenté dans 18 cas d'épanchements mécaniques, dont

12 de cirrhoses hépatiques ;

2 cas du cancer du foie ;

1 cas de scarification de l'œdème néphrétique ;

1 cas de maladie de Banti ;

1 cas d'ascite d'origine cardiaque ;

Enfin 1 cas d'hydrothorax cardiaque.

Dans les 16 premiers cas, la réaction de collargol était plus ou moins positive, tandis qu'elle était

1. Giachimo Breccia. *Di una nuova rezione dei versamenti sierosi d'origine meccanica.* (*Gazetta degli Ospedali*, 11 novembre 1909).

négative dans les deux derniers cas d'épanchements d'origine cardiaque.

Les nombreuses expériences faites sur les liquides inflammatoires lui ont donné toujours un résultat négatif.

Il a, de plus, mélangé aux liquides inflammatoires, une dissolution du sang qui a une action précipitante (réaction d'Axenfeld), et la réaction ne s'est pas produite. Il conclut que les épanchements inflammatoires ont sur l'hydrosol d'argent une action nettement antiprécipitante tandis que les épanchements mécaniques ont une action précipitante.

Enfin, il a remarqué que le phénomène de la précipitation disparaît à la température de 60 degrés.

A la suite de cette première communication, les expériences furent reprises par M. Maurice Villaret qui, en 1913, publia trois mémoires (1) sur les différentes réactions destinées au diagnostic entre les exsudats et les transsudats. Dans ces mémoires, ainsi que dans une communication faite à la Société de Biologie (2), il établit une technique nouvelle et apporte les résultats tout à fait précis de nombreuses observations scrupuleusement contrôlées par différents moyens d'investigation.

---

1. Maurice Villaret, *Contribution à l'étude dans les sérosités normales et pathologiques de quelques réactions destinées au diagnostic entre les exsudats et les transsudats* (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, mai-juillet 1913).

2. Maurice Villaret, *Contribution à l'étude comparée de quelques réactions destinées à différencier les exsudats des transsudats* (*Compte rendu de la Soc. de Biol.*, 1913, t. I, p. 932).

Nous y reviendrons en détail dans les chapitres suivants :

Dans ces expériences, *la réaction du collargol a coïncidé avec les résultats cytoscopiques dans 50 cas et n'a pas cadré avec ceux-ci dans 27 cas*, si l'on en excepte les observations à résultats illisibles ou douteux. L'évolution antérieure ou ultérieure de l'affection causale a vérifié les indications de cette réaction un peu plus souvent que celle de l'examen cytoscopique.

Par l'étude comparée des différentes réactions entre elles M. Maurice Villaret trouve :

1° Que les résultats de la réaction de Rivalta ont coïncidé avec la réaction du collargol cinquante-six fois et n'ont pas vérifié celle-ci dans 19 cas ;

2° Que la réaction de Gangi a coincidé avec la réaction du collargol dans 52 cas et n'a pas cadré avec elle dans 13 cas.

En résumé, il résulte de ce travail que la réaction du collargol, quoique moins sensible et précoce que les réactions chimiques de Rivalta et de Gangi a une importance diagnostique notable. Elle présente cette particularité intéressante, déjà signalée par Breccia, à savoir : sa stabilité. Une fois établie elle persiste souvent même après la transformation d'un transsudat en exsudat, c'est-à-dire, quand les résultats de toutes les réactions changent et ne permettent plus d'en tirer une indication étiologique. Elle permet donc de faire le diagnostic rétrospec-

tif de la nature primitive d'un épanchement secondairement infecté.

Quant à la nature exacte de la réaction précipitante, M. Villaret ne saurait jusqu'ici formuler une hypothèse définitive à son sujet. Elle lui a paru consister, à l'ultra microscope, en une augmentation de volume plus ou moins considérable des granulations normales de collargol. La présence de *sels divers* semble agir sur sa production : c'est ainsi que la sérine et la globuline, non débarrassée de sulfate d'amnoniaque ou de magnésie la provoquent ; c'est ainsi que ces derniers corps isolés la déterminent, ainsi que les liquides riches en sels, comme par exemple, les urines normales.

TECHNIQUE

Breccia se sert de l'hydrosol d'argent de Heyden en solution à 1/15.000. Dans 10 centimètres cubes de cette solution, il laisse tomber quelques gouttes du liquide à examiner ; il la place ensuite au thermostat à 35-40 degrés pendant quelques heures.

M. Maurice Villaret a modifié ce procédé de la façon suivante : Il prépare une solution de collargol de Heyden à 1/1000 dans l'eau distillée. Cette solution doit être employée de préférence fraîche ; cependant elle se conserve assez longtemps, pourvu qu'elle soit placée à l'abri de la lumière, dans des flacons noirs et à la glacière. Lorsqu'on veut chercher la réaction du collargol, on dilue cette solution mère dans vingt-cinq ou trente fois son volume d'eau distillée, de telle façon qu'on observe une teinte correspondante environ à celle d'un vin de dessert vieilli. Avec une pipette on verse le liquide ainsi préparé dans cinq tubes à hémolyse, en quantité égale, c'est-à-dire environ jusqu'aux deux tiers de la hauteur de ces tubes. Le cinquième tube sert d'échantillon témoin. Dans les quatre premiers tubes, on verse respectivement II, V, X et XX gouttes de la sérosité à exami-

ner, aussi fraîche que possible, avec une pipette bien propre et,autant que possible, stérilisée. Après avoir assuré le mélange, on place l'ensemble à l'abri des poussières, à la température du laboratoire, et non à l'étuve, qui peut déterminer souvent des précipitations spontanées causes d'erreurs, et sans rapport avec le liquide ajouté comme le montre la précipitation du tube témoin.

On attend douze à quatorze heures avant de lire les résultats obtenus.

Les gouttes, en se mélangeant à la solution du collargol, ne modifient ni la coloration, ni la limpidité de celle-ci.Cette limpidité persiste dans tous les tubes si le liquide examiné est *un exsudat*.

S'il s'agit *d'un transsudat*, on voit, au contraire, se produire peu à peu un louche de plus en plus marqué du liquide, de telle sorte qu'au bout de vingt-quatre heures, on peut faire les constatations diverses suivantes. Dans un premier degré, les tubes présentent un aspect louche, mais sans précipitation : il ne faut pas tenir compte de ce résultat considéré comme négatif, ou tout au moins douteux. A un deuxième degré, on constate un léger précipité dans le tube I (+ II gouttes), tandis que les autres tubes présentent un aspect limpide ou louche.

A mesure que la réaction est plus positive, le précipité s'accuse de plus en plus dans le premier tube et apparaît progressivement dans les tubes II, III et IV (+ V, + X, + XX gouttes). La réaction est dite totale lorsque tous les tubes précipitent. Quels que

soient les résultats, le liquide témoin ne doit subir aucune modification ; il ne faut pas tenir compte des cas où celui-ci présente le moindre louche ou précipité, et penser plutôt qu'il y a eu alors une erreur de technique ou l'intervention d'une influence étrangère devant faire considérer la réaction comme nulle.

En réalité, seule la lecture des tubes I et II présente, en général, un intérêt diagnostique. Il est un fait fort curieux, en effet, c'est qu'à mesure qu'on augmente le nombre de gouttes, la précipitation a de moins en moins tendance à se faire; comme s'il restait dans les transsudats, à côté des substances précipitantes, des substances anti-précipitantes dont l'action s'accuse à mesure qu'augmente la quantité de l'épanchement examiné. La réaction précipitante sera dite légère lorsqu'elle ne se produit que dans le premier tube, moyenne lorsqu'elle se montre dans les échantillons I et II, de plus en plus forte lorsqu'on la constate aussi dans les autres tubes.

En résumé, *précipitation du collargol, surtout dans les tubes I et II, signifie transsudat, lorsque le tube témoin n'a subi aucune modification. Non précipitation et aspect limpide de tout le système indiquent un exsudat.*

Dans nos observations, nous avons toujours suivi la technique de M. Maurice Villaret qui est, en somme, très simple. Néanmoins, nous considérons qu'au point de vue pratique *il est, le plus souvent, suffisant de se servir de deux tubes ; on mettra dans*

un II gouttes de la sérosité à examiner, l'autre servira d'échantillon témoin.

Réduite à sa simple expression, la réaction peut être exécutée partout avec la plus grande facilité : il suffit d'avoir à sa disposition la solution indiquée du collargol et deux tubes à hémolyse.

Avant de terminer ce chapitre de technique, nous tenons à faire la remarque suivante : l'examen, par ce procédé, des sérosités chyliformes, purulentes, hémorragiques et peut-être bilieuses, semble moins démonstratif, ces liquides pouvant précipiter le collargol sans être, pour cela, de nature transsudatif. Nous avons cru nécessaire de signaler cette particularité afin d'éviter une interprétation inexacte.

OBSERVATIONS

Dans ce chapitre, nous avons réuni deux variétés d'observations. Les unes sont dues à l'obligeance du professeur agrégé Maurice Villaret : ce sont les observations des malades qu'il lui a été donné d'examiner durant ses recherches sur la valeur des différentes réactions dans les épanchements. Ces observations déjà publiées dans *le Journal de Physiologie et de Pathologie générale* (1913), seront résumées à la fin de ce chapitre.

La seconde variété comprend des observations qui nous sont personnelles et qui pour la plupart, ont été prélevées dans le service du professeur Gilbert et examinées par M. Maurice Villaret ; ce sont les liquides organiques pleuraux, ou abdominaux de ces malades que nous avons employés dans nos expérimentations. Nous rapportons ci-après leurs histoires cliniques, plus ou moins détaillées et nous en résumons les résultats dans un tableau récapitulatif.

Dans cette partie, nous avons réuni 20 observations : 13 cas d'épanchements pleuraux, 6 cas d'épanchements péritonéaux et un cas d'hydrocèle. Nous n'avons fait aucune recherche pour le liquide

céphalo-rachidien, car les travaux de M. Maurice Villaret démontrent clairement le caractère négatif de la réaction qui, d'ailleurs ne peut pas être contrôlée par les autres procédés chimiques du laboratoire (Rivalta-Gangi) donnant eux aussi avec ces agents un résultat négatif.

OBSERVATION I (Personnelle)

Diagnostic : *Cirrhose de Laënnec.*

Réaction du collargol : transsudat.

D. F..., âgé de cinquante-six ans, découpeur, entré le 13 mars 1914, à l'hôpital Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Gilbert, salle Saint-Christophe, lit n° 27.

Le malade entre dans le service par suite de la gêne que lui cause le ballonnement exagéré de son ventre.

Au point de vue des antécédents, son père est mort à trente-trois ans, s'étant jeté à l'eau alors qu'il était en sueurs ; il en rapporta, dit le malade, une bronchite qui l'emporta après cinq mois d'affection pulmonaire.

Sa mère est morte subitement après avoir été toujours bien portante.

Personne de sa famille n'avait la teinte jaune, même tous les ascendants ou collatéraux avaient, paraît-il, le facies très rouge.

Trois frères ou sœurs sont morts assez rapidement, sans que le malade sache de quelle affection au juste. Il ne semble pas, en tout cas, que ce soit d'une affection pulmonaire.

Il a encore une sœur vivante, malade à la suite de plusieurs fausses couches qu'elle a faites, rapporte le malade.

Sa femme est morte à cinquante ans, à la suite d'un chaud et froid, après un an de maladie. Elle était auparavant très bien portante. Elle n'a pas eu de fausses couches, pas non plus d'enfants.

En ce qui concerne le malade, il aurait peut-être eu des affections d'enfance, de la rougeole; il ne le sait pas très bien. Depuis, il n'aurait jamais été souffrant ; il aurait eu seulement, il y a cinq ans, un phlegmon, siégeant au bras, au coude, consécutif à un accident; il eut le bras pris dans un engrenage. Ce phlegmon dura un an.

On note également dans ses antécédents : qu'il eut à maintes reprises, depuis deux ans, des cauchemars, rêves professionnels, chutes dans d'immenses précipices, visions d'animaux hideux qui se précipitaient sur lui et qu'il ne pouvait fuir ; au coucher; il avait des crampes fréquentes dans le mollet; au lever, des pituites plus rares.

Au surplus, le malade avoue très franchement qu'il n'était pas ennemi de la boisson.

Il y a un an environ, il souffrait de temps à autre, il était fortement fatigué, éprouvait des douleurs musculaires, il ressentait également de temps à autre une douleur dans l'épaule droite.

Il n'avait pas grand appetit, mais il lui arrivait quelquefois d'avoir grand faim, mais si peu qu'il mangeait il était immédiatement rassasié. Il éprouvait des dégoûts pour les graisses, pas pour la viande. Il avait aussi souvent très soif.

A plusieurs reprises, il remarqua qu'il avait la bouche

amère ; il était un peu constipé, ces constipations étaient entrecoupée des crises de diarrhée ; il n'a jamais regardé ses selles ; il n'a donc pu remarquer de changement de la coloration. Il émettait assez souvent des gaz. Il éprouvait également des démangeaisons un peu partout sur le corps. Il n'a pas remarqué de troubles de sa vision, ne souffrait pas de céphalée.

Le malade avait remarqué à plusieurs reprises, en se mouchant, que quelques filets de sang teintaient le mucus nasal ; ou bien quelques gouttes de sang coulaient du nez, souvent après s'être mouché fort d'avoir rejeté un petit caillot.

Il y a sept ans, il a eu un épistaxis très abondant, qui avait duré une journée entière ; depuis, il en a eu d'autres, assez fréquents, mais moins abondants. Pas d'autres hémorragies.

Il y a environ quatre mois, le malade s'aperçut que son ventre augmentait un peu ; il pensa tout d'abord qu'avec l'âge il prenait un peu d'embonpoint. Seulement le ventre augmenta de volume est prit bientôt les proportions d'un embonpoint vraiment exagéré. D'autre part, les symptômes précédents, s'étaient encore accentués, le malade résolut d'entrer à l'hôpital.

A l'examen actuel, le malade se présente avec un facies amaigri, fatigué ; le fond en est terreux, mais cette teinte est très masquée par les varicosités qui sillonnent presque toute la face. Les conjonctives ont une teinte subictérique.

Les membres supérieurs semblent assez décharnés ainsi que la partie supérieure du tronc.

Si l'on découvre le malade on note, qu'au contraire, les

membres inférieurs sont boursoufflés, œdématiés, gardant le godet d'empreinte. L'œdème siège également dans les parties déclives de la région fessière, au niveau des parties génitales.

Cet œdème n'existerait, selon le malade, que depuis très peu de temps.

Enfin, le signe qui frappe le plus, c'est l'abdomen du malade, qui est considérablement hypertrophié déformée. Lorsque le malade est couché, l'abdomen est étalé, surtout élargi au niveau des flancs ; la cicatrice ombilicale est déplissée, fait hernie au dehors. Le tour de taille : 106 centimètres.

La peau est tendre, blanche, lisse, luisante, élastique lorsqu'on la percute.

Enfin, on constate le développement d'une circulation collatérale très marquée.

A la palpation, la peau offre une résistance élastique, surtout accentuée à la partie inférieure et périphérique de l'abdomen, beaucoup moindre vers la partie centrale.

A la percussion, on note une sonorité des parties les plus élevées, puis une submatité ; enfin, une matité des parties les plus inférieures ; la sonorité siégeant dans la région péri-ombilicale quand on percute le malade dans le décubitus dorsal, dans la région opposée à celle sur laquelle est couché le malade, lorsqu'il est dans le décubitus latéral. On sent également d'une façon nette le phénomène du flot, lorsqu'une onde frappe la main quand on percute avec l'autre la paroi abdominale, même en percutant le côté opposé.

La rate n'est pas perceptible.

La limite supérieure du foie est normale à peu près ; en déprimant brusquement la paroi sous les côtes, vers l'angle

épigastrique, on sent une masse dure qui semble peut développée.

En fait de symptômes fonctionnels, le malade n'éprouve qu'une simple gêne, assez grande d'ailleurs, mais sans douleur. Lorsqu'il se lève, la proéminence de la région abdominale est très marquée, renforcée encore par ce fait qu'il se tient cambré, renversé en arrière.

L'appareil digestif. — La langue est rouge sur les bords, saburral au centre ; le malade n'a pas d'appétit, mais la viande ne le dégoûte pas. Les digestions sont assez faciles quand le malade mange quelque chose qui lui plaît.

Il a faim en voyant manger ses voisins, mais sitôt qu'il avale une bouchée, il ne peut manger d'avantage.

Il émet beaucoup de gaz. Il a un peu de diarrhée.

Appareil cardio-vasculaire.— Le pouls est peu frappé, bat à 80 pulsations à la minute.

L'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal.

Appareil pulmonaire. — Le malade éprouve de la dyspnée. L'expectoration est séro-muqueuse.

A l'auscultation, on note un murmure rude, des subilances dans tout le poumon, surtout au sommet.

Système nerveux. — Le malade ne semble pas présenter de troubles intellectuels. Il n'éprouve pas de douleurs. Les réflexes patellaires sont normaux, se font mieux à gauche qu'à droite. Des réflexes pupillaires se font également.

Appareil urinaire. — Le malade urine peu. Les urines sont foncées.

État général. — La température se maintient entre 37-38 degrés.

Le poids à l'entrée est de 68 kilos.

Une première ponction est pratiquée le 21 mars 1914. On retire 9 litres de liquide. L'examen cytologique révèle une lymphocytose prédominante, *des cellules endothéliales*. La réaction de Rivalta est positive. L'inoculation au cobaye donne un résultat négatif.

Une deuxième ponction est pratiquée le 11 avril. On retire 9 litres de liquide.

Une troisième ponction le 6 mai. On retire 7 lit. 1/2 de liquide qui nous a servi à notre recherche. C'est un liquide légèrement sanguinolent, qui contient une faible quantité de fibrine.

L'examen cytologique révèle une lymphocytose prédominante. La réaction de Rivalta est positive (exsudat). La réaction de collargol est *positive* (dans les tubes + II, V et X gouttes), montrant l'origine mécanique probable de l'épanchement, secondairement infecté. Cette hypothèse est confirmée par l'existence des cellules endothéliales dans le liquide de la première ponction.

OBSERVATION II (Personnelle, résumée).

Diagnostic clinique : *Hydrothorax chez un brightique.*

Réaction du collargol : transsudat.

M. R..., journalier, âgé de quarante-cinq ans, entre le 11 avril 1914 à l'hôpital Hôtel-Dieu, dans le service du Dr Caussade, salle Saint-Augustin, lit n° 9.

Le malade entre à l'hôpital pour gêne de la respiration.

Au point de vue de ses antécédents, son père est mort à l'âge de soixante-dix ans, sa mère est morte à l'âge de quarante-huit ans d'une fluxion de poitrine, dit le malade. Il a

eu onze frères et sœurs, mais il ne peut donner aucun renseignement à leurs propos.

Le malade n'est pas marié.

Le malade était toujours bien portant, il ne se rappelle pas d'avoir eu une maladie quelconque. Et c'est seulement trois semaines avant son entrée à l'hôpital qu'il a commencé à éprouver une gêne de la respiration, de la céphalée, des vertiges, des crampes de mollet. Bientôt apparut l'œdème qui, d'abord localisé à la face, aux paupières, gagna les membres supérieurs, le tronc et les membres inférieurs. Le malade fut forcé de s'aliter, resta chez lui trois semaines et voyant que son état loin de s'améliorer s'aggravait, il se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate un œdème généralisé de la face, du tronc, avec prédominance aux parties déclives, des bourses, des quatre membres, surtout prononcé aux membres inférieurs.

Au poumons, on constate tous les signes d'épanchement des deux cotés, une matité hydrique, une abolition des vibrations et du murmure vésiculaire avec prédominance de ces symptômes du coté gauche. Le malade a une forte dyspnée, reste toujours assis, soutenu en arrière pas plusieurs oreillers.

Au cœur, on trouve un bruit de galop net. Les urines, qui sont en faible quantité, contiennent de l'albumine.

Le 12 mai on pratique une ponction évacuatrice dans la plèvre gauche. On retire 1.150 centimètres cubes de liquide d'un aspect citrin qui contient une quantité notable de fibrine.

L'examen cytologique révèle une lymphocytose prédominante avec quelques rares polynucléaires et quelques pla-

cards endothéliaux. La réaction de Rivalta est positive. *La réaction du collargol est franchement positive dans le tube + II gouttes, encore positive dans le tube + V, et très faiblement positive dans le tube + X.*

OBSERVATION III (personnelle)

Résumée

Diagnostic clinique : *Pleurésie séro-fibrineuse.*

Réaction du collargol: exsudat.

B. L..., chaudronnier, âgé de trente ans entre le 11 avril 1914 à l'hôpital Hôtel-Dieu dans le service du professeur Gilbert, salle Saint-Christophe, lit numéro 6.

Le malade entre à l'hôpital pour la dyspnée et une grande fatique.

Dans ses antécédents héréditaires et collatéraux rien à signaler, ses parents âgés tous les deux de cinquante-cinq ans se portent bien, il y a quatre frères et deux sœurs qui sont tous bien portants, dit le malade. Il est marié ; sa femme, après renseignements pris est tuberculeuse et le premier mari de celle-ci était mort à la suite de tuberculose pulmonaire. Ils ont un enfant âgé d'un an qui est pâle, anémié.

Le malade, lui, dit n'avoir été jamais malade, il n'a jamais toussé, ni craché. C'est seulement depuis un mois qu'il a éprouvé une faiblesse générale, a perdu l'appétit. Il n'a jamais eu ni de frissons, ni de point de côté.

Au moment de son entrée, il ne se plaint que de la dyspnée et de la faiblesse.

A l'examen on constate que le malade est très pileux, présente en outre quelques signes de dégénérescence, les lobules d'oreilles soudées, il bégaie.

A l'examen du poumon, on ne constate rien d'anormal à gauche. A droite on trouve en avant sous la clavicule une augmentation de la sonorité à la percussion, une augmentation des vibrations à la palpation et une diminution du murmure vésiculaire à l'auscultation (schéma de Grancher + + —).

En arrière on remarque à l'inspection l'immobilitéde l'hémithorax, à la palpation on constate une diminution de vibrations vocales, à la percussion une matité hydrique, à l'auscultation on ne trouve pas de souffle, seulement de l'égophonie.

A l'examen des autres organes on ne trouve rien d'anormal.

Une première ponction fut pratiquée le 11 avril 1914 le jour de son entrée. On retira 600 grammes de liquide qui ne fut pas examiné.

Une deuxième ponction évacuatrice de 300 grammes est pratiquée le 13 mai et ramène un liquide sanguinolent qui contient de la fibrine en quantité notable. La cytologie révèle une lymphocytose pure. La réaction de Rivalta est fortement positive. *La réaction du collargol est négative dans tous les tubes* (exsudat).

OBSERVATION IV (Personnelle, résumée).

Diagnostique clinique : *Pleurésie chez une cardiaque.*

Réaction du collargol : Transsudat.

Mme L..., âgée de soixante-quatre ans, entre le 28 avril 1914 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Chantemesse, salle Sainte-Anne, lit n° 27.

La malade est entrée à l'état d'asystolie, présentant une dyspnée intense et des œdèmes généralysés.

Elle ne peut pas fournir de renseignements concernant ses antécédents héréditaires.

En ce qui la concerne elle semble être touchée dans son cœur congénitalement, car elle se rappelle ne pas avoir pu, étant enfant, jouer avec ses petites camarades, elle n'a pas eu de rhumatisme ni aucune autre maladie infectieuse. Elle s'est mariée à l'âge de vingt-quatre ans, elle est actuellement veuve, son mari est mort d'une affection pulmonaire. Elle a eu plusieurs grossesses, mais, excepté une seule, ne les a pas amenées à terme. Elle a eu son premier enfant à l'âge de vingt-cinq ans, l'accouchement se produisit à six mois de la grossesse, l'enfant est né vivant mais il est mort le lendemain.

Deuxième grossesse l'année suivante, même résultat.

Troisième grossesse à vingt-sept ans, cette fois elle l'amène terme, accouche d'une fille qui est actuellement vivante et se porte bien.

Une quatrième grossesse à vingt-huit ans, elle accouche à sept mois d'un garçon qui est vivant et se porte bien.

Une cinquième grossesse à trente ans ; elle accouche égale-

ment à sept mois d'une fille qui est morte à l'âge de vingt-trois ans, d'une affection cardiaque.

Une sixième grossesse à quarante ans, qui se termine également à sept mois par la naissance d'un garçon qui était bien portant mais qui fut tué par un accident.

Une septième grossesse à l'âge de quarante-deux ans, elle accouche également à sept mois d'une fille qui est âgée actuellement de vingt-trois ans, et qui, dès l'enfance, a présenté des convulsions, une paralysie à l'âge de dix-huit mois avec contracture consécutive des quatre membres sans paralysie sphinctérienne. Cette paralysie avec contracture persiste jusqu'à ce jour.

Enfin une huitième grossesse dont elle accouche à sept mois d'une fille qui est morte à six mois.

Il y a quatre ans, brusquement après une chute, sans avoir perdu connaissance, elle est devenue hémiplégique. Cette hémiplégie qui siégeait du côté gauche, intéressait surtout la face et le membre supérieur, la malade a pu marcher sans difficulté. Cette paralysie a duré cinq mois environ.

Au moment de son entrée, on constate à l'examen un grand œdème des membres inférieurs, une infiltration de paroi abdominale mais sans ascite (qui aurait existé chez elle). La face est congestionnée, les joues et le nez sont sillonnées de petites varicosités. Elle présente une rétinite à l'œil droit.

A l'examen du poumon, on constate à gauche, le signe de congestion, des râles crépitants disséminés. A droite à la percussion une matité, à la palpation la suppression des vibrations vocales et à l'auscultation la suppression du murmure vésiculaire avec de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone.

Une première ponction évacuatrice ramène 800 grammes de liquide.

A l'examen du cœur on trouve une arythmie avec de la tachycardie. Après l'administration de la digitaline on est en mesure de constater au foyer mitral les signes du rétrécissement mitral : un léger frémissement, un roulement diastolique avec un souffle présystolique et un dédoublement du deuxième bruit.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal un peu en dehors du mamelon.

Le foie est très gros, il déborde de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes, très douloureux à la palpation.

La rate semble être normale.

Les urines sont foncées, chargées, elles contiennent 0 gr. 50 d'albumine par litre et 38 grammes de sucre.

Une deuxième ponction exploratrice pratiquée le 16 mai dans la plèvre droite ramène un liquide citrin non fibrineux qui à l'examen cytologique révèle des cellules endothéliales en majorité avec quelques lymphocytes. La réaction de Rivalta est positive.

La réaction du collargol est positive dans le tube + II gouttes.

OBSERVATION V (Personnelle)

Diagnostic clinique : *Pleurésie séro-fibrineuse chez un tuberculeux.*

Réaction du collargol : exsudat.

A. F..., camelot âgé de trente-quatre ans, entre le 16 mai

1914 à l'hôpital Hôtel-Dieu dans le service du professeur Chantemesse, salle Saint-Thomas, lit n° 18.

Il est envoyé par le service de chirurgie où on a constaté chez lui des signes de pleurésie.

Au point de vue de ses antécédents, son père est encore vivant, âgé de quatre-vingt-deux ans, sa mère est morte à l'âge de soixante-huit ans d'un accident. Il a un frère âgé de trente ans bien portant, mais il a perdu 3 frères à bas âge à la suite de croup, au dire du malade ; il aurait eu lui aussi le croup à l'âge de sept ans. A part cela, il était toujours bien portant jusqu'à il y a deux ans.

A ce moment à la suite d'un coup de cheval il a vu se développer 2 phlegmons à ses deux fesses qu'on a incisés dans le service de chirurgie. Depuis ce temps, il ne va pas tout à fait bien, se sentant plus faible qu'auparavant. Dernièrement, il a beaucoup maigri ayant perdu 14 kilogrammes dans l'espace de quatre mois.

Au mois de février dernier, il a eu une bronchite, se mit à tousser. Depuis, la toux n'a pas cessé.

Mais c'est surtout depuis un mois que son état va en s'agravant, il a perdu l'appétit, ses forces ont diminué, il a présenté de dyspnée d'effort.

Il n'a plus pu travailler régulièrement, forcé de s'arrêter de temps en temps. Depuis quelques semaines, il a remarqué un suintement d'une fistule qui s'est ouverte à sa fesse gauche, pour laquelle il est entré il y a huit jours dans le service de chirurgie.

A l'examen on constate deux grandes cicatrices sur les deux fesses qui rappelent les caractères de cicatrices d'abcès froids. A la fesse gauche existe une fistule qui laisse sortir du pus ; la région est indolore.

A l'examen de l'appareil respiratoire on ne constate rien d'anormal à droite.

A gauche, à l'inspection, on ne constate rien de particulier. A la palpation on constate en arrière une diminution de vibration vocale.

A la percussion une matité hydrique depuis la base jusqu'au milieu de l'omoplate.

A l'auscultation l'abolition du murmure vésiculaire. On ne trouve ni soufle, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone.

En avant, sous la clavicule on constate une sonorité un peu augmentée, une augmentation des vibration vocales et une diminution du murmure vésiculaire. L'espace de Traube reste sonore, mais la pointe du cœur est un peu déviée à droite du mamelon.

En l'examinant quelques jours plus tard, on constate nettement au sommet gauche une inspiration rude, granuleuse et une expiration prolongée.

Il s'agit donc, en résumé, d'un malade qui, au cours d'une tuberculose d'abord localisée à la région fessière, puis pulmonaire, fait une pleurésie de moyenne intensité comme quantité de liquide.

Une ponction exploratrice ramène un liquide d'aspect citrin, très fibrineux, qui, à l'examen cytologique, donne une lymphocytose pure avec nombreuses hématies. La réaction de Rivalta est fortement positive. *La réaction du collargol négative dans tous les tubes.*

OBSERVATION VI (Personnelle)

Diagnostic clinique : *hydrocèle.*

Réaction de collargol : exsudat.

Nous avons eu l'occasion d'examiner un liquide d'une hydrocèle d'un enfant âgé de neuf mois amené à la consultation externe de l'hôpital des Enfants-Malades. L'hydrocèle fut ponctionnée séance tenante et l'enfant a été ramené par sa mère tout de suite après l'intervention. Nous n'avons pu recueillir aucun renseignement concernant cet enfant, mais nous avons cru tout de même intéressant de donner les résultats obtenus.

Le liquide examiné quelques jours après la ponction, a un aspect citrin clair, ne contient pas de fibrine. L'examen cytologique révèle quelques lymphocytes. La réaction de Rivalta est positive et la réaction du collargol reste négative dans tous les tubes.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Diagnostic clinique : *pleurésie séro-fibrineuse.*

Réaction du collargol : exsudat :

A. P..., terrassier, âgé de vingt ans entre le 18 mai 1914 à l'hôpital de Hôtel-Dieu, dans le service du Professeur Gilbert, salle Saint-Christophe, lit n° 8.

Le malade entre pour la gêne de respiration et pour un point de côté.

Son père et sa mère âgés de quarante-quatre et quarante-

deux ans sont bien portants. Il a 7 frères et sœurs qui se portent bien.

Le malade a eu à l'âge de quatre ou cinq ans une fièvre éruptive, la rougeole, semble-t-il. A part cela il était toujours bien portant. Il travaille depuis l'âge de huit ans, en aidant d'abord son père qui habite la campagne et c'est seulement depuis huit mois qu'il est entré à Paris et s'est mis a travailler comme terrassier à la construction du Métropolitain. Il est d'équipe de nuit et travaille de 6 heures du soir à 4 heures du matin.

Huit jours, avant son entrée dans le service, en rentrant le matin de son travail, il est pris d'une céphalée, de courbature, de frissons. Il perd l'appétit, est gêné pour respirer ; les frissons se répètent pendant plusieurs jours, il tousse et éprouve un point de côté, sous le rebord costale sur la ligne axillaire à droite. Malgré ses souffrances il continue à travailler pendant toute la semaine, la nuit, éprouvant des douleurs et se sentant affaibli. Enfin, ne pouvant plus continuer, il entre, sur le conseil de son médecin dans le service,

A l'examen le 20 mai. — On constate que sa température, qui était le jour de son entrée à 36 degrés oscille actuellement entre 38 et 37 degrés. Le malade est pâle ; d'ailleurs, c'est un jeune homme bien constitué, mais très peu pileux pour son âge, il n'a pas de barbe. Le malade tousse et crache un peu, l'expectoration est muco-purulente.

A l'examen de l'appareil pulmonaire on ne constate rien d'anormal à gauche. A droite on trouve sous la clavicule une sonorité exagérée à la percussion par comparaison avec le côté opposé, une augmentation des vibrations vocales à la palpation et une diminution du murmure vésiculaire à l'aus-

cultation (schéma de Grancher ++—). En arrrière on constate à la percussion une matité hydrique depuis la base jusqu'au milieu de l'omoplate. Les vibrations vocales ne sont pas supprimées, mais très diminuées à la palpation de la région de la matité. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est diminué, même aboli en certains endroits. On n'entend pas de souffle. A l'auscultation de la voix on trouve une égophonie, mais pas de pectoriloquie aphone.

Le foie déborde un peu le rebord des fausses côtes.

Le cœur est normal. Le pouls est normal.

La langue est un peu chargée, le malade va régulièrement à la selle.

Les urines sont claires, 500 grammes par vingt-quatre heures. Ne contiennent ni albumine, ni sucre.

On a pratiqué une ponction exploratrice le 19 mai. On a retiré un liquide citrin qui contenait de la fibrine en quantité notable. L'examen cytologique révèle une *lymphocytose pure*. La réaction de Rivalta est nettement positive (exsudat).

La réaction du collargol est négative (exsudat).

OBSERVATION VIII (Personnelle, résumée)

Diagnostic clinique : *Cirrhose hypertrophique.*

Réaction du collargol : transsudat (II[e] ponction).

M[me] E..., vendeuse, âgée de trente-huit ans, entre le 2 mars 1914 à l'hôpital de la Salpêtrière dans le service du D[r] Gosset, salle Lallemand, lit n° 34.

Elle entre pour une ascite.

Dans ses antécédents rien de particulier. La malade a deux enfants qui se portent bien.

Le début de la maladie remonte à l'année 1909.

A cette époque elle a subi une laparotomie exploratrice.

En 1913 au mois de février elle avait de l'ictère, des vomissements de sang, des épistaxis.

On l'a ponctionné sept fois dans le courant de l'année 1913 en retirant chaque fois entre 10 et 20 litres de liquide jaune clair.

A son entrée elle présente une ascite typique. Le Dr Gosset pratique une opération de Talma le 19 mars 1914 en évacuant 10 litres de liquide. Mais son ventre réaugmente, on la reponctionne le 6 avril, on retire 25 litres. Puis le 4 mai 15 litres et enfin le 19 mai 10 litres.

C'est le liquide de cette dernière ponction qui nous a servi pour notre examen.

C'est un liquide jaune clair qui ne renferme que très peu de fibrine. A l'examen cytologique on constate des placards endothéliaux et des mononucléaires. La réaction de Rivalta donne une précipitation extrêmement légère.

La réaction de collargol est franchement positive dans le tube + II gouttes et encore positive dans le tube + V gouttes. La solution des autres tubes n'a pas précipité.

OBSERVATION IX (Personnelle).

Diagnostic clinique : *Pleurésie séro-fibrineuse.*

Réaction du collargol : positive.

L... H..., maçon, âgé de dix-sept ans, entre le 18 mai 1914

à l'hôpital Hôtel-Dieu dans le service du Professeur Chantemesse, salle Saint-Thomas, lit n° 5.

Le malade entre à l'hôpital pour gêne de la respiration et pour maux de tête.

Dans ses antécédents héréditaires rien à noter. Lui-même était toujours bien portant jusqu'en juillet 1913. A ce moment il a eu chez lui une forte rougeole à la suite de laquelle il a toussé jusqu'à l'hiver. Il est à Paris depuis trois mois.

Depuis quelque temps il était enrhumé, mais n'avait pas maigri, ni perdu ses forces, n'a pas eu de fièvre, on révèle seulement une transpiration plus abondante le soir.

Le mardi 12 mai dernier il s'est réveillé avec un léger point de côté, de la céphalée, un peu de douleur à l'inspiration profonde et à la toux. Il n'a eu ni frisson ni fièvre.

Il a pu se rendre à son travail habituel et le soir ne s'est pas trouvé plus fatigué que d'habitude.

Il avait constaté dans la journée la présence de quelques filets de sang dans ses crachats.

Cette gêne douloureuse à la respiration, cette céphalée ont persisté durant toute la semaine. Il n'a eu ni vertiges, ni courbatures, ni bourdonnements d'oreilles, ni troubles digestifs au début et c'est seulement à la fin de la semaine qu'une diarrhée légère a apparu, au même temps son appétit aurait diminuée. Dans la matinée de jeudi 14 mai il a eu un léger épistaxis. Un autre dans l'après-midi du samedi suivant.

C'est dans la journée du samedi que la céphalée a atteint son maximum d'intensité et l'a décidé d'entrer à l'hôpital.

A part la céphalée et un peu de gêne de la respiration

dont se plaint le malade il a un peu de diarrhée et présente un peu d'obnubilation.

A l'examen on constate une langue sale, blanche, tremulente, pas de gargouillement dans la fosse iliaque. La rate est petite.

A l'appareil pulmonaire on trouve à droite en arrière, à la percussion, une matité depuis la base jusqu'à la pointe d'omoplate ; à la palpation, abolition de vibrations vocales ; à l'auscultation, abolition du murmure vésiculaire, une égophonie légère. Pas de souffle, pas de pectoriloquie aphone.

Rien au cœur. Le pouls bat 96 pulsations à la minute.

Dans les urines, ni albumine, ni sucre. Le système nerveux est normal.

20 mai. — On pratique une ponction exploratrice qui ramène un liquide citrin, qui après centrifugation donne un culot sanguinolent. La cytologie révèle une lymphocytose avec quelques rares polynucléaires. La réaction de Rivalta est fortement positive et la réaction du collargol est, elle aussi, nettement positive dans le tube + II gouttes, très faiblement dans le tube + V, les autres tubes, comme le tube témoin n'ont pas précipité. Pourquoi cette précipitation dans ce cas d'épanchement nettement inflammatoire ? Il est probable que le résultat est faussé par la présence du sang dans le liquide.

OBSERVATION X (Personnelle)

Diagnostic clinique : *pleurésie chez un tuberculeux.*

Réaction du collargol : Exsudat.

B. E..., garçon de recette, âgé de trente-deux ans, entre, le 7 mai à l'hôpital Lariboisière dans le service du Dr Gaillard, salle Bazin, lit n° 24 ; le malade entre à l'hôpital parce qu'il a des difficultés à respirer et un point de côté à gauche.

Au point de vue des antécédents, ses parents sont vivants et bien portants, il a un frère qui est bien portant, sa femme est enceinte au neuvième mois de la gestation.

Dimanche 25 avril, le malade a été pris de vomissements immédiatement après le repas. Un médecin fait le diagnostic d'embarras gastrique. Le malade continu à vomir pendant les deux jours suivants, a de la céphalée, de l'anorexie, se sent affaibli, mais n'a pas de frisson, pas de point de côté, Il consulte un autre médecin qui porte le diagnostic de pleurésie et conseille au malade d'entrer à l'hôpital. Examiné à l'entrée, le malade est très abattu, sa respiration se fait difficilement. La température est de 39°2.

A l'examen du poumon on constate en avant et à gauche :

La sonorité diminuée ; les vibrations vocales disparues ; le murmure vésiculaire disparu ; à droite la respiration est normale.

En arrière a gauche matité dans à toute la hauteur du poumon. On attend un souffle pleurétique à la partie moyenne et de la pectoriloquie aphone.

Le cœur est déplacé à droite.

L'espace de Traube est sonore.

8 mai — On pratique une thoracentèse et on retire 1.250 grammes du liquide citrin. Le malade est immédiatement soulagé.

9 mai. — Le malade a bien dormi. La température est

maintenant à 39 dégrés. A l'auscultation le souffle n'existe plus en arrière. Mais la matité persiste en avant.

13 mai. — La température persiste l'épanchement ne se résorbe pas. On essaie la sérothérapie, injection sous-cutanée du liquide épanché.

18 mai. — On fait une injection de lantol qui est suivie d'une baisse de température.

21. — On pratique une deuxième ponction. On retire 600 grammes de liquide citrin qui contient beaucoup de fibrine. Le culot de centrifugation est hémorragique. L'examen cytologique révèle une lymphocytose pure.

La réaction de Rivalta est positive (exsudat)

La réaction du collargol est négative (exsudat).

OBSERVATION XI (Personnelle)

Diagnostic clinique : *Hydrothorax chez un brightique.*

Réaction du collargol : transsudat.

B. G..., cinquante et un ans, fort aux Halles, entre le 7 mars 1914 à l'Hôtel-Dieu dans le service du Dr Caussade, salle Saint-Augustin, lit n° 9. Le malade est entré à l'hôpital pour un œdème considérable des jambes et une oppression assez marquée.

Au point de vue des antécédents : son père est mort à quatre-vingts ans, sa mère est morte à quatre-vingt-quatre ans. Un frère mort dans la guerre, deux sœurs nées prématurément sont mortes à bas âge. Le malade n'est pas marié. Son premier accident d'essoufflement aurait survenu au régiment, il était réformé à cause de l'hypertrophie du cœur, dit le malade. Il est devenu moins fort qu'auparavant

mais a continué néanmoins son métier pénible de fort aux Halles. Mais depuis un an il était obligé de s'arrêter.

A son entrée à l'hôpital on est frappé par son œdème des membres inférieurs, œdème mou, blanc et par sa dyspnée, outre cela, on constate à l'examen :

Aux poumons : des râles congestifs des deux côtés, une matité légère à la base droite, avec persistance des vibrations vocales.

Au cœur on trouve une ébauche de bruit de galop.

Le foie déborde un peu les fausses côtes.

La rate n'est pas perceptible.

La tension sanguine est de 20 au Potain.

Les urines contiennent de l'albumine, elles sont très diminuées de volume (500 cmc.).

En résumé à l'entrée les symptômes étaient les suivants :

Œdème, hydrothorax, dyspnée, albuminurie, oligurie, hypertension, ébauche de bruit de galop.

En présence de ces signes on fait le diagnostic du mal de Bright.

12 mars. — La dyspnée est si considérable que l'on doit pratiquer d'urgence une saignée de 500 centimètres cubes. Après la saignée le malade se trouve très soulagé. On lui donne de la digitale les jours suivants. La quantité d'urine augmente sensiblement (1 litre par jour).

17 mars. — Les signes d'épanchement pleural deviennent plus manifestes. Il y a de la matité, abolition des vibrations et on perçoit un souffle pleurotique. Une ponction exploratrice pratiquée ramène un liquide sanglant.

18 mars. — Une thoracentèse est pratiquée qui donne issue à 800 centimètres cubes de liquide hémorragique. Le

malade se trouve très soulagé, la dyspnée est beaucoup moins marquée. Les œdèmes des jambes ont beaucoup diminué.

20 mars. — L'épanchement se reproduit avec rapidité. De nouveau le malade est gêné pour respirer. La tension artérielle est toujours élevée (21). Les urines, qui contiennent toujours de l'albumine, contiennent du sang et des traces d'acétone. Pas de sucre. Quantité toujours aux environs d'un litre. Le malade fait donc des hémorragies dans sa plèvre et par son rein.

21 mars. — On pratique une ponction exploratrice, on ramène un liquide qui contient du sang et quelques rares polynucléaires. Le malade a déliré la nuit.

22 mars. — On pratique une ponction évacuatrice de 1.000 centimètres cubes. Le malade se plaint de céphalée très intense.

23 mars. — La dyspnée est extrêmement prononcée. Le malade a des crachats sanglants (probablement dus à la blessure du poumon par le trocard). Il se plaint aussi d'une douleur au niveau du mamelon gauche.

Le foie déborde des fausses côtes, mais il ne semble abaissé par l'épanchement liquide car sa matité supérieure n'est pas modifiée.

27 mars. — Amélioration très sensible, le malade est beaucoup moins dyspnéique. Il crache toujours beaucoup et son expectoration, assez mousseuse, est toujours striée de sang.

1er avril. — Le malade a eu une poussée fébrile pendant les derniers jours. Le voyant dyspnéique on fait une ponction évacuatrice à gauche qui n'amène que 150 grammes de

liquide légèrement sanglant. Notons que cet épanchement s'était produit à gauche tandis qu'auparavant l'hydrothorax était à droite.

Le malade a toujours du délire intermittent. Il a eu un peu d'incontinence d'urine, semble-t-il.

8 avril. — Il y a une amélioration considérable. Le malade est beaucoup moins dyspnéique Il reste cependant encore du liquide dans les plèvres, plus abondant certainement à droite.

16 avril.—Le malade tousse beaucoup. Il a une expectoration très abondante, fluide, incolore, transparente, se recouvrant d'une couche mousseuse.

A l'auscultation on trouve à la base droite un foyer des râles inspiratoires fines, mais un peu humides, ressemblant un peu (sauf humidité) à des râles crépitants.

La base gauche est mate, mais ne présente aucun foyer de râles. Il y a abolition des vibrations.

21 avril. — Ponction pleurale gauche évacuatrice. On retire 1.050 centimètres cubes de liquide légèrement sanglant.

21 mai. — Ponction pleurale gauuche évacuatrice. On retire 650 centimètres cubes de liquide citrin après centrifugation, un peu de sang dans le culot : fibrine : 0.

La cytologie révèle des placards endothéliaux quelques lymphocytes. La réaction de Rivalta est positive.

La réaction du collargol est positive avec II, V et X gouttes.

OBSERVATION XII (Personnelle, résumée)

Diagnostic : *Pleurésie chez un cardiaque.*

Collargol : Transsudat.

D. N..., cordonnier, âgé de cinquante-cinq ans.

Entre le 9 mars 1914 à l'hôpital Hôtel-Dieu dans le service du professeur Gilbert, salle Saint-Christophe, lit n° 29.

Le malade est entré pour la dyspnée et œdème généralisé.

On n'a pas des renseignements sur ses antécédents héréditaires. Sa femme est morte, il n'a pas des enfants. Lui il était bien portant jusqu'à l'âge de cinquante et un ans. A cette époque il eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui débuta par l'articulation tibio-tarsienne, puis monta pour envahir les autres articulations. Ces attaques se répétèrent trois fois à des intervalles de deux ans environ. Elles eurent chaque fois une durée d'un mois, mais ne semblent pas avoir eu touché à ce moment le cœur. Depuis l'âge de quarante à quarante et un ans il n'eut plus de crises rhumatismales et ne souffrait pas.

C'est vers cinquante ans qu'il éprouve pour la première fois une dyspnée d'effort, des palpitations, de sorte qu'il est obligé d'entrer dans le service à plusieurs reprises en état de subasystolie.

Il entre pour la dernière fois le 9 mars 1914 en état d'asystolie présentant une grande dyspnée avec œdème généralisé, prononcé surtout aux membres inférieurs. Après lui avoir administré de la digitale, on peut constater à l'examen du cœur, à la pointe, un souffle systolique net en jet de vapeur se propageant vers l'aisselle (insuffisance mitrale) et un petit

souffle de rétrécissement mitral. Le foie est gros, douloureux à la pression.

A l'examen de l'appareil pulmonaire on ne constate rien d'anormal.

Les urines sont en petite quantité, chargés.

C'est pendant son séjour à l'hôpital qu'il a fait une pleurésie.

Une première ponction est pratiqué le 29 mars et ramène 1.200 grammes de liquide qui a donné une réaction de Rivalta très légèrement positive et qui, à l'examen cytoscopique a révélé des cellules endothéliales: 30; polynucléaires: 6 lymphocytes : 64 hématies extrêmement nombreuses.

Une deuxième ponction est pratiquée le 9 avril. On retire 1.400 grammes du liquide.

La troisième ponction le 25 mai. On retire 1.500 grammes d'un liquide sanguinolent, qui renferme très peu de fibrine, dont l'examen cytologique révèle une moitié de cellules enthothéliales et une moitié de mononucléaires. La réaction de Rivalta est négative et *la réaction du collargol positive dans le tube + II gouttes*.

Malgré la ponction, son état devient grave, il étouffe.

On lui administre pendant trois jours de la digitaline.

Mais son état ne s'améliore pas et il succombe le 23 mai 1914.

A l'autopsie, on a constaté un infarctus du poumon.

OBSERVATION XIII (Personnelle, résumée.)

Diagnostic clinique : *cirrhose de Laënnec.*

Réaction de collargol : transsudat (troisième ponction).

P... Ch., sans profession, âgé de soixante-cinq ans entre

le 25 mars 1914 à l'hôpital Lariboisière dans le service du Dr Gaillard, salle Bazin, lit n° 34.

Le malade entre pour l'ascite.

Dans ses antécédents héréditaires, on ne révèle rien d'intéressant. Dans ses antécédents personnels, on constate un alcoolisme avéré. Il était toujours bien portant jusqu'à il y a deux ans. C'est en mars 1912 qu'il a commencé à avoir l'anorexie, à présenter une teinte subictérique de ses téguments, des œdèmes de temps en temps. Il a été soigné trois fois à l'hôpital, mais sans efficacité.

A son entrée on se trouve en présence d'un malade porteur d'une ascite énorme. Son abdomen est en outre sillonné par une circulation collatérale très développée. On constate une légère teinte subictérique de ses muqueuses. Après l'avoir ponctionné, on est en mesure d'examiner son foie. On constate alors qu'il est abaissé, considérablement atrophié quoique débordant largement le rebord de fausses côtes. Il est irrégulier, présentant des sillons et des voussures.

On l'a ponctionné dans le service trois fois. On a retiré par la première ponction 14 litres.

deuxième — 10 —

troisième — 7 —

C'est le liquide de la dernière ponction qui nous a servi pour notre examen.

C'est un liquide d'un aspect citrin qui ne contient qu'une petite quantité de fibrine.

L'examen cytologique pratiqué quand le liquide était altéré révèle, semble-t-il, une moitié de cellules endothéliales et une moitié des lymphocytes.

La réaction de Rivalta est très faiblement positive.

La réaction du collargol est *positive* dans le tube + II gouttes et encore positive dans le tube + V gouttes. La solution des autres tubes n'a pas précipité.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

Diagnostic clinique : *Pleurésie à la suite d'un traumatisme.*

Réaction du collargol : Exsudat.

D. M..., âgée de quatorze ans et demi, couturière, entre le 24 mai 1914 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Gilbert, salle Sainte-Jeanne, lit nº 5.

Elle est envoyée par le service de chirurgie où on a constaté chez elle des signes de pleurésie. Elle se plaint d'un léger point de côté à droite et présente une élévation de la température.

Au point de vue de ses antécédents, son père, âgé actuellement de quarante-neuf ans, aurait été atteint pendant son service militaire à Madagascar, du paludisme. Il a encore, à l'heure actuelle, des accès de fièvre intermittente qui s'accompagnent de vomissements biliaires.

La malade ne peut pas donner de renseignements plus précis à ce propos. Dans les intervalles des accès, son père jouirait d'une bonne santé, ne tousse pas. Sa mère est tout à fait bien portante. Son frère, âgé de douze ans, serait atteint de même fièvre intermittente que son père. Il est, en outre, porteur d'adénites cervicales suppurées. Sa sœur, âgée de neuf ans, est atteinte d'une blépharite, semble-t-il. Elle a eu une coqueluche après laquelle elle continue à tousser.

La malade elle-même a eu une rougeole à l'âge de trois à quatre ans et des adénites cervicales à l'âge de neuf ans, qui ont guéri sans laisser aucune trace. Elle était bien portante jusqu'à la fin d'avril dernier, époque à laquelle a débuté sa maladie actuelle, elle n'a jamais toussé ni craché.

C'est le 28 avril 1914 qu'elle reçut un coup de balle de revolver dans le sein droit. On la transporta immédiatement dans le service de chirurgie à l'Hôtel-Dieu. On fit une ponction exploratrice qui ramena du sang pur, au dire de la malade. La radiographie qui, avait été pratiquée, révèle la balle arrêtée dans la partie inférieure et externe du poumon droit. L'état général de la malade semble avoir été en ce moment assez satisfaisant, la température était un tout petit peu au-dessus de la normale, un point de côté presque insignifiant, elle n'a pas toussé, ses fonctions digestives sont restées normales.

17 mai. — La température monte tout d'un coup pour atteindre 38°6, la malade ressent un point de côté assez vif à droite, dans la région thoracique inférieure. Elle se met à tousser et à transpirer abondamment. Cet état dure une dizaine de jours, la fièvre oscille entre 37-39 degrés.

26 mai. — On fait une deuxième ponction exploratrice qui ramène un liquide séro sanguinolent. C'est à ce moment qu'on l'a fait passer dans le service de médecine à la salle Sainte-Jeanne.

Examen de la malade. — Aspect général. — La malade est très bien développée pour son âge, grande, bien musclée.

Au cou, à droite, on constate la présence d'un petit ganglion sous-maxillaire.

Au sein droit, à la partie supérieure et interne, on remarque la trace d'orifice d'entrée de la balle.

Appareil respiratoire. — Comme signes fonctionnels notons une toux très légère, sans expectoration ; une légère douleur thoracique à droite exaspérée par la respiration et surtout par la percussion.

A l'inspection on ne constate rien d'anormal.

A la palpation on constate en avant au sommet droit une exagération notable des vibrations vocales, par comparaison avec le côté opposé, où elles paraissent normales. La percussion de même sommet revèle du scodisme et enfin l'auscultation une diminution notable du murmure vésiculaire (en somme le schéma de Grancher + + —). On constate en outre à l'auscultation du sommet un léger souffle doux et lointain, un léger degré de la bronchophonie et quelques petits râles à la fin de l'inspiration.

L'auscultation du poumon gauche ne nous révèle rien d'anormal.

En arrière. — Le sommet droit, nous donne les mêmes signes stétoscopiques qu'en avant. Quant au reste du poumon droit, on constate à l'inspection une légère immobilité de l'hémithorax par comparaison au côté opposé.

A la palpation on constate une abolition presque complète de vibration thoraciques. A la percussion — une matité hydrique remontante jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate. Et enfin à l'auscultation — une abolition presque complète de la respiration dans toute la zone correspondante à la matité, quelques râles et du frottement à la partie inférieure de cette zone. De plus l'auscultation de la voix

revèle de l'égophonie et une pectoriloquie aphone qui n'est pas très prononcée.

L'appareil circulatoire ne présente rien d'anormal, ainsi que l'appareil digestif.

Le foie est légèrement abaissé.

Rien à signaler à l'examen du système nerveux.

Appareil génito-urinaire. — La malade n'est pas encore réglée.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albuminurie. La température est actuellement entre 37 et 38 degrés.

Une troisième ponction exploratrice ramène un liquide sanguinolent qui contient un peu de la fibrine. La cytologie révèle une lymphocytose prédominante, quelques cellules endothéliales.

La réaction de Rivalta est fortement positive.

La réaction du collargol est négative dans tous les tubes (exsudat).

OBSERVATION XV (Personnelle)

Diagnostic clinique: *congestion pleuro-pulmonaire.*

Réaction du collargol: exsudat.

M. H..., garçon de magasin, âgé de trente et un ans, entre, le 28 mai 1914, à l'hôpital Hôtel-Dieu salle Saint-Christophe, lit nº 42.

Le malade est entré à l'hôpital parce qu'il éprouve un point de côté violent, douloureux au niveau du rebord costal inférieur sur la ligne axillaire à gauche.

Dans ses antécédents, on note qu'il a encore son père, âgé

de cinquante-huit ans, bien portant, dit notre malade, qui cependant toussotterait un peu depuis longtemps. Sa mère est morte à cinquante ans d'un cancer de l'estomac.

Il a trois frères, trois sœurs, qui seraient bien portantes, un des frères cependant tousse, crache un peu.

Le malade n'est pas marié.

En ce qui le concerne, il a eu à sept à huit ans une scarlatine pour laquelle il resta un mois à l'hôpital. Cette maladie n'aurait laissé aucune séquelle, notre sujet resta bien portant jusqu'à quatorze ans. A cet âge il eut, il dit, une pneumonie. Etant allé se baigner un jour où il faisait froid, il ressentit à la suite quelques malaises et une douleur très vive à la base du gril costal, comme une piqûre d'aiguille. Il ne sait plus de quel côté siégait cette douleur. Il resta ainsi quinze jours sans s'aliter, mais en montant un escalier il fut pris d'un vertige et tomba ; on le transporta à l'hôpital, où on le traita, rapporte-t-il pour une pneumonie. On lui fit une ponction exploratrice qui ramena un liquide rosé. Il resta un mois à l'hôpital, d'où il sortit mieux portant, mais un peu faible.

Il dit n'avoir ressenti aucun symptôme d'affection pleuro-pulmonaire : ni frisson, ni dyspnée, un peu de fièvre seulement depuis il s'était remis complètement, ne toussant, ne crachant pas. Il était seulement sujet, dit-il, à attraper des froids ; un et deux jours il gardait la chambre, avec un rhume et cela se passait.

Vers fin décembre 1913, il ressentit des malaises ; il n'était pas bien, avait un peu de température le matin, le soir, des sueurs la nuit ; cependant il avait encore bon appétit, n'avait aucun trouble de l'appareil digestif.

Ces symptômes s'accentuèrent ; en février 1914, il se mit à tousser d'une toux un peu grasse avec expectoration glaireuse, dit-il, le matin, le soir d'abord, puis dans le courant de la journée. Il n'a jamais eu d'hémoptysies.

Le 12 février dernier il se trouva plus mal à l'aise que de coutume ; il avait de la fièvre, ressentait un point de côté siégeant au rebord costal inférieur, sur la ligne axillaire à gauche ; ce point de côté n'était que léger encore, il était oppressé. Il vit un médecin qui lui fit mettre des sinapismes qui ne produisirent aucun effet. Il reste ainsi cinq semaines sans que son état s'aggrave, ni ne s'améliore. Il vient alors à la consultation de l'Hôtel-Dieu où on lui pose des ventouses sèches.

Il rentre alors chez lui, à peu près dans le même état. On lui pose des vésicatoires, cinq de chaque côté, qui ramènent de l'eau. Il se trouva beaucoup mieux : l'oppression avait disparu, l'appétit revenu, la toux s'était calmée, cependant vers 7 heures, tous les soirs, une quinte de toux le prenait, qui lui faisait, dit-il rendre des glaires.

Le point de côté avait disparu, revenait un peu, quand il était assis, il se recouchait pour le faire disparaître.

Enfin tous ces accident s'arrêtèrent vers le milieu de mai. Il avait été trois mois malade.

A cette époque il ne ressentait plus qu'un peu de dyspnée d'effort. Mais le point de côté qui l'avait quitté, reprit, s'exaspérant dans la position debout ou assise. C'est pour cette douleur que, sur le conseil de son médecin, le malade rentra dans le service.

A son entrée, le 28 mai 1914, le malade était amaigri, asthéné, son facies était terne, ses traits tirés, il restait

immobile dans son lit pour ne pas réveiller la vive douleur de son point de côté qui ne se calmait pas que dans le repos, couché.

A l'examen on note une dischromie de son visage, cheveux noirs, moustache roussâtre, sa chevelure, sa moustache sont abondantes ; en général notre sujet est très pileux.

Au point de vue de l'appareil respiratoire rien à signaler à droite. A gauche l'inspiration nous montre un défaut d'ampliation de l'hémithorax, l'immobilité des espaces intercostaux. Pour la commodité de description on peut diviser ce poumon en deux zones, une zone supérieure de condensation et une inférieure d'épanchement. La première zone irait du sommet à une ligne horizontale passant à quatre travers de doigts au-dessous de l'épine de l'omoplate La deuxième — de cette ligne à la base du poumon.

Dans la première zone de condensation on constate à la percussion de la matité en arriére, de la submatité en avant. A la palpation les vibrations vocales sont exagérées par rapport au poumon opposé. A l'auscultation le murmure vésiculaire est rude, granuleux, on perçoit quelques sons durs de la bronchophonie et de la pectoriloqui aphone.

Dans la zone inférieure on constate une matité absolue hydrique, une abolition complète des vibrations vocales. A l'auscultation un souffle pleurétique doux, lointain, voilé, expiratif, à timbre en E, surtout accusé à la limite avec la zone supérieure ; de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone. L'espace semilunaire de Traube reste sonore, le triangle de Grocco ne semble pas exister. La pointe du cœur bat normalement dans le cinquième espace intercostal à un travers de doigt en dedans du mamelon. La limite supérieure du foie

remonte jusqu'au mamelon, sa limite inférieure déborde le rebord des fausses côtes.

3 juin. — Une ponction exploratrice a été pratiquée dans le cinquième espace intercostal. Elle a ramené un liquide jaune citrin néo-fibrineux dont l'examen cystologique a montré une lymphocytose, sans autres élements. La réaction de Rivalta est fortement positive, *la réaction du collargol — négative dans tous les tubes.*

Depuis cette petite ponction (on n'a retiré que quelques centimètres cubes de liquide) le malade se sent beaucoup mieux, le point de côté, si violent au moment de l'entrée a complétement disparu.

Le malade n'éprouve pas de dyspnée, sauf lorsqu'il monte l'escalier. Il tousse peu, crache presque pas ou quelques crachats muco-purulents.

Chaque soir il a une petite élevation de la température, dont la courbe ressemble un peu à celle de la fièvre hectique.

Il n'a pas actuellement de sueurs nocturnes. Son appétit est revenu, il n'a aucun trouble digestif.

Son pouls bat 88 pulsations à la minute.

Les urines sont troubles, 2 litres dans les vingt-quatre heures.

OBSERVATION XVI (Personnelle)

Diagnostic clinique : *Pleurésie séro-fibrineuse primitive. Réaction du collargol :* exsudat.

M. B..., employé, âgé de trente-sept ans, entre le 22 mai 1914 à l'hôpital Tenon, dans le service du Dr Gouget, salle Couvercelle, lit n° 14.

Le malade entre à l'hôpital pour la toux et un point de côté.

Au point de vue de ses antécédents : son père est mort d'un accident, sa mère est vivante, âgée de soixante-quatorze ans.

Le malade lui-même a eu des oreillons étant très jeune, la scarlatine à vingt-deux ans.

Une pleurésie droite à vingt-cinq ans. Depuis ce temps il tousse tous les hivers, mais ne crache pas.

Il y a trois semaines le malade a été pris de frissons violents qui ont duré toute la journée, ainsi que d'un point de côté droit. Il se met alors à tousser d'une grande toux sèche, un peu quinteuse, avec expectoration peu abondante.

Le malade va travailler pendant huit jours, quoique se sentant encore très fatigué.

Il y a quinze jours, la dyspnée a augmenté ainsi que la toux, il a été obligé de cesser son travail.

Actuellement le malade est très dyspnéique, sa toux est fréquente, quinteuse, provoquée par les mouvements. L'expectoration est peu abondante, aérée, muqueuse, peu purulente. La température est de 39°5.

Le pouls est bon.

A l'examen du poumon on constate à la base gauche une légère voussure, une matité absolue jusqu'à la pointe de l'omoplate. Abolition des vibrations et du murmure vésiculaire. On ne trouve ni souffle, ni bronchophonie, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone.

Au sommet droit la respiration est rude, il existe peut-être quelques râles crépitants.

Le cœur est normal.

Le foie qui déborde d'un travers de doigt les fausses côtes est sensible au palper.

Le malade avoue faire des excès de boissons.

La langue est sèche, le malade n'a pas d'appétit, il est constipé.

27 mai. — La température monte à 39 degrés.

L'épanchement ne se résorbe pas, mais le malade ne semble pas très gêné.

La pointe du cœur n'est pas déviée.

Le point de côté persiste toujours.

29 mai. — La température est toujours à 39 degrés.

Le malade se plaint d'oppression, il transpire la nuit. L'épanchement semble cependant diminuer un peu.

2 juin. — On pratique une thoracentèse.

On retire 1.500 grammes de liquide citrin qui renferme peu de fibrine. La cytologie révèle une mononucléose. La réaction de Rivalta est positive. *La réaction du collargol est négative* (exsudat).

OBSERVATION XVII (Personnelle, résumée)

Diagnostic clinique : *cirrhose et péritonite tuberculeuses. Réaction du collargol*, transsudat.

Mme L. P..., ménagère âgée de quarante ans, entre le 26 mai à l'hôpital dans le service du Dr Gouget, salle Magendie, lit n° 7.

La malade entre pour un gros ventre qui a commencé à se développer depuis un mois.

Au point de vue de ses antécédents, son père est mort

d'une congestion pulmonaire, dit la malade. Les autres membres de sa famille sont bien portants.

La malade est mariée, a 5 enfants qui sont bien portants ; n'a jamais eu de fausses couches.

Elle était toujours sujette aux bronchites, elle a eu des épistaxis et des saignements des gencives, des ulcères variqueux.

Il y a sept ans, elle a eu des coliques hépatiques au dire de la malade ayant duré quinze jours.

La malade maigrit depuis trois mois.

Le début de la maladie actuelle a été marqué par des douleurs épigastriques et thoraciques. Ces dernières siégaient sur la partie antérieure de l'hémithorax droit à quatre travers de doigt au-dessous du mamelon.

Bientôt apparurent la toux et une expectoration hémoptoïque de couleur franchement noire au dire de la malade.

Au bout d'une quinzaine de jours ces phénomènes pulmonaires disparurent à mesure que le ventre augmenta de volume.

En sept-huit jours le ventre a atteint son volume actuel. Pendant cette période la malade présenta de l'anorexie prononcée, mais jamais elle n'a eu ni vomissements ni diarrhée.

La malade ne présente pas de signe d'alcoolisme, elle n'accuse aucune douleur, ni céphalée, ni malaise.

Son facies est sillonné de petites vénules sous-cutanées (œil droit, front) les conjonctives sont subictériques.

L'abdomen est globuleux, étalé, la cicatrice ombilicale légèrement déplissée. Il existe une circulation complémentaire surtout marquée à la région sous-ombilicale, ce sont des petites vénules superficielles. L'abdomen est souple dans

toute son étendue, en aucun endroit on ne perçoit des gâteaux péritonéaux. On trouve une matité décrivante un arc à concavité supérieure, distante de quatre doigts de l'ombilic, elle est mobile avec la position de la malade.

La sensation du flot est très nette.

Il s'agit donc d'une ascite libre.

Elle présente un léger œdème de la jambe droite.

Foie. — La limite supérieure est au quatrième espace intercostal, la limite inférieure est difficile à préciser, la palpation ne révèle rien. Après la ponction, le foie est palpable à trois travers de doigts au-dessous des rebords des fausses côtes.

La *rate* est un peu augmentée de volume.

A l'examen du thorax on constate une déformation du sternum qui présente un angle saillant en avant.

Au poumon on trouve de la matité à la percussion, de l'obscurité du murmure vésiculaire à l'auscultation aux deux bases ; un peu de l'égophonie, mais pas de pectoriloquie aphone.

Au cœur on constate un souffle systolique à la pointe. Le choc apexien est faible, difficile à localiser. Le pouls bat 114 pulsations à la minute. La pression artérielle est 13-8 1/2.

L'examen du sang révèle une quantité anormale d'urée 1 gr.02 par litre.

La réaction de Wassermann est négative.

L'urine est de faible quantité, 520 centimètres cubes par vingt-quatre heures, foncée, elle renferme 8 gr.79 d'urée par vingt-quatre heures.

Elle renferme 0 gr. 73 d'ammoniaque.

29 mai. — La malade a de la diarrhée. Elle perd un peu

de sang par le vagin, bien que ce ne soit pas le moment de ses règles.

Une première ponction est pratiquée le 6 juin. On retire 7 litres de liquide d'aspect citrin. L'examen cytologique révèle une mononucléose presque pure. Quelques polynucléaires. Quelques cellules endothéliales. La réaction de Rivalta est positive. La réaction de collargol est positive.

Ce résultat de la réaction de collargol qui ne coïncide pas avec l'examen cystologique et avec la réaction de Rivalta nous a fait penser qu'il s'agissait peut-être d'un épanchement dû à une cause mécanique et infectieuse à la fois. Quelques jours après la ponction la malade a succombé.

L'autopsie semble confirmer notre hypothèse, car en dehors d'une tuberculose péritonéale nette, on a constaté un foie gras pesant 1.800 grammes et présentant en plusieurs endroits une cirrhose discrète. C'est le foie qui a provoqué probablement une hypertension portale ajoutant une cause mécanique à l'épanchement d'ordre tuberculeux.

OBSERVATION XVII (Personnelle)

Diagnostic clinique : *Cirrhose de Laënnec*

Réaction du collargol : transsudat (1re ponction)

P. E..., employé, âgé de soixante-sept ans, entre le 15 juin 1914 à l'hôpital Hôtel-Dieu dans le service du professeur Gilbert, salle Saint-Christophe, lit n° 3.

Le malade entre pour son gros ventre et la faiblesse.

Au point de vue des antécédents son père est mort à soixante ans d'une congestion cérébrale, dit le malade. Sa mère est morte à soixante-quatre ans de cancer de l'estomac.

Une sœur qui est morte d'hydropisie à cinquante-six ans. Il a encore une sœur âgée de soixante ans qui est bien portante.

Dans ses antécédents personnels, on note en 1883, à l'âge de trente-six ans une crise de rhumatisme articulaire aigu ; il eut dans la suite beaucoup d'autres crises, tous les deux ans environ. La dernière crise remonte à il y a deux ans. Il est actuellement porteur de lésions vasculaires qui n'ont jamais été diagnostiquées au cours de ces crises, et ne l'ont jamais incommodé. On s'en est aperçu pour la première fois à la Maison Dubois, au mois de mars dernier.

En 1912, à la suite d'un effort, il se trouva porteur d'une hernie inguinale ; celle-ci s'est accrue progressivement et occupe actuellement le volume d'une tête de fœtus ; elle est réductible.

Il n'a pas eu de maladies vénériennes et on ne relève pas chez lui d'habitudes alcooliques.

Le début de sa maladie actuelle est difficile à préciser ; il a remarqué seulement que depuis deux ans ses membres maigrissent et qu'il perd progressivement ses forces. Il avait quelques vagues douleurs dans la région hépatique. Son état digestif était à peu près normal ; il notait seulement des alternatives de constipation et de diarrhée ; la coloration de ses selles étant restée la même.

Mais peu à peu ses forces diminuant de plus en plus, il fut obligé d'interrompre son travail au mois de janvier dernier et entra à la Maison Dubois, où il a passé le mois de mars dernier.

Le 10 avril dernier, il fut pris brusquement d'un vomisse-

ment de sang d'un demi-litre environ, il eût également à ce moment du melaena.

Quand on examine le malade, on est frappé par le volume exagéré de son ventre, contrastant avec la maigreur de son thorax et de ses membres. Son visage est amaigri, présentant des varicosités artérielles. Ses téguments sont secs.

A l'examen du ventre on constate l'existence d'une importante circulation collatérale sus et sous-ombilicale, surtout développée à droite. L'ombilic est déplissé et fait saillie au dehors. Le palpation de l'abdomen est complètement indolore. A la percussion, on constate l'existence d'une matité qui s'étend jusqu'à l'ombilic et remonte vers les flancs. On sent la transmission du flot en déprimant brusquement la paroi. La matité se déplace lorsqu'on fait changer la position au malade, il s'agit donc d'une ascite libre.

Le foie et la rate sont difficilement palpables à cause de l'ascite.

Du côté de l'appareil digestif. — Le malade a de l'anorexie, il ne prend qu'un peu de lait, il n'a pas de dégoût pour cet aliment. Il digère bien, n'est pas constipé, mais a quelquefois des coliques accompagnées de diarrhée.

Il n'a pas de douleurs au moment de la défécation, n'a jamais perdu de sang par l'anus et on ne constate pas l'existence d'hémorrhoïdes.

Du côté de l'appareil urinaire. — Le malade urine peu : 3/4 de litre environ. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, mais on constate la présence de l'urobiline.

Du côté de l'appareil circulatoire. — On constate que le pouls est régulier, bien frappé, à 110 pulsations à la minute. On voit battre l'artère radiale dans la gouttière du pouls. La

tension artérielle est de 14 maxima et 8 minima au Pachon.

Les veines jugulaires sont un peu turgescentes. A la région du cœur on perçoit par la palpation un frémissement systolique très marqué. A l'auscultation, on entend un souffle systolique rude, rapeux, dans toute la région précardiaque qui s'irradie nettement vers la clavicule droite. Il s'agit donc d'un rétrécissement aortique. De plus on entend un souffle systolique également, mais plus doux, à la pointe du cœur et irradiant vers l'aisselle, paraissant symptomatique d'une insuffisance mitrale. Ces lésions ne s'accompagnent d aucun trouble fonctionnel.

Du côté de l'appareil pulmonaire. — Le malade dit qu'il n'est pas gêné pour respirer, mais on constate du tirage sus-sternal, sus-claviculaire et intercostal. Il a 30 inspirations par minute.

A l'auscultation on trouve des râles sous-crépitants dans le poumon gauche ; rien à droite.

Rien du côté du système nerveux.

État général. — Le malade est très pâle ; son poids est 57 kg. 5, tandis que normalement il pesait 75 kilos.

Une ponction (la première) de l'ascite est pratiquée le 19 juin. On retire 11 litres du liquide d'un aspect citrin, qui ne contient pas de la fibrine en quantité décelable. L'examen cytoscopique révèle :

55 cellules endothéliales en placards. 40 lymphocytes. 5 polynucléaires. Hématies en quantité notable.

La réaction de Rivalta est négative (transsudat).

La réaction du collargol est positive dans tous les tubes (transsudat).

OBSERVATION XIX (Personnelle)

(Diagnostic clinique : *Cirrhose de Laënnec. — Réaction du collargol* : Exsudat (3e ponction).

L. F., électricien, âgé de quarante-trois ans, entre le 18 juin 1914 à l'hôpital Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Gilbert, salle Saint-Christophe, lit n° 5.

Le malade entre pour l'ascite.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à quatre-vingts ans. Sa mère, âgée de quatre-vingt-deux ans, se porte bien. Elle avait dix-huit enfants dont neuf sont morts.

Le malade est marié, sa femme est bien portante. Il a deux enfants qui se portent bien. A l'âge de neuf à dix ans, le malade a eu de la coqueluche ; à vingt ans, une pneumonie. Depuis cette époque, il était toujours bien portant jusqu'en janvier dernier. A noter seulement qu'il a eu de petites épistaxis il y a deux ans. C'est vers le 5 janvier, que le malade constate une teinte jaune des conjonctives. Vers le 20 du même mois, à la suite de contrariétés d'ordre familial, il se sent fatigué, brisé, sa tête est lourde, il a des vertiges, il éprouve une gêne de la respiration. Il entre alors à l'hôpital Beaujon, où on constate un œdème des membres inférieurs et où l'attention du médecin est portée vers le foie.

On lui a mis des sangsues sur la région de l'hypochondre droit et on l'a traité par l'extrait hépatique.

Pendant son séjour à l'hôpital, il était pris quatre ou cinq fois d'une colique violente, douleur en barre qui commençait

dans la région lombaire pour s'irradier en avant, décrivant le parcours de trois parties du côlon.

Cette douleur s'accompagnait d'une forte diarrhée (jusqu'à 10-15 selles par vingt-quatre heures). Pendant ces crises, il a eu deux fois de melaena. Il quitte l'hôpital au mois de mars et, après quelque temps, reprend son régime ordinaire et ses habitudes alcooliques. Il boit en moyenne 1 litre 1/2 de vin par jour, du café au rhum et parfois des apéritifs. C'est dans le courant du mois d'avril que le malade s'aperçoit que son ventre augmente de volume. Il entre à l'hôpital Broussais où on pose le diagnostic d'ascite. On le ponctionne deux fois à trois semaines d'intervalle et on retire la première fois 12, la deuxième fois 13 litres de liquide. Après sa sortie de l'hôpital, il reste à un régime composé de potages, de lait, d'œufs et de légumes. Mais son ventre réaugmente, et le 18 juin il entre à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen du malade on constate un facies jaune ; des varicosités sur les joues et sur le nez.

En découvrant le malade, on constate un volume considérable de son abdomen, recouvert par une circulation collatérale très abondante. Les veines medioxiphoïdiennes, thoraciques, mammaires, tégumenteuses et sous-cutanéo-abdominales sont dilatées. L'ombilic est déplissé et fait saillie. On remarque de plus des vergetures bleuâtres ; on trouve une matité dans les flancs, la sensation du flot. La matité se déplace avec le changement de la position du malade. On pratique une ponction le lendemain de son entrée, c'est-à-dire le 19 juin, et on retire 15 litres de liquide.

C'est après la ponction qu'on peut palper les organes abdominaux et on constate que le foie, dont la limite supérieure est

au premier espace intercostal, n'est pas palpable dans la région épigastrique, mais en revanche elle déborde de trois travers de doigt à droite le rebord des fausses côtes ; sa consistance est dure.

La rate n'est pas palpable.

A l'examen d'appareil cardio-vasculaire, on ne constate rien d'anormal au cœur, sauf un peu de tachicardie qui se traduit d'ailleurs par 90 pulsations à l'artère radiale. L'artère est dure, un peu sinueuse, mais c'est surtout l'artère temporale qui est très développée, sinueuse, dure.

La pression artérielle est de 17 maxima et de 10 minima au Pachon.

Au poumon on constate en avant une légère exagération de la sonorité à droite et une diminution du murmure vésiculaire du même côté. En arrière la percussion est sensible à la base droite. A l'auscultation on entend quelques râles sous-crépitants au même endroit. Le malade tousse et crache depuis quelques jours.

Les urines sont rares, foncées. A l'examen on ne trouve ni albumine, ni sucre, mais des traces d'urobiline.

Rien au système nerveux.

Son état général est assez satisfaisant. Le malade ne souffre pas. Il a conservé son appétit, mais il a un certain dégoût pour la viande et les graisses. Le malade dit avoir beaucoup maigri. Il pesait l'année dernière 86 kilos, à son entrée il pesait 72 kilos, mais après la ponction — 56 il aurait donc perdu 30 kilos.

Nous avons examiné le liquide retiré le 19 juin (troisième ponction). C'est un liquide d'aspect citrin ne contenant pas de la fibrine en quantité décelable.

L'examen cytologique montre 80 cellules endothéliales en placards et 20 lymphocytes.

La réaction de Rivalta est positive (exsudat).

La réaction du collargol est négative (exsudat).

OBSERVATION XX (Personnelle, résumée)

Diagnostic clinique : *Pleurésie mécanique au cours d'un anévrisme de l'aorte.*

Réaction du collargol. — Transsudat.

Mme L. J..., lingère, âgée de trente-neuf ans, entre le 12 juin à l'hôpital Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Gilbert, salle Sainte-Jeanne, lit no 6.

La malade entre pour une dysphagie et une aphonie.

Dans ses antécédents héréditaires rien à noter.

Antécédents personnels. — La malade a contracté la syphilis à vingt ans. Elle n'a pas eu de chancre, mais une roséole et une laryngite diagnostiquée comme syphilitique.

A dix-neuf ans, elle accoucha à huit mois de la grossesse de jumeaux qui, nés vivants, sont morts quelques jours après sa naissance. Elle n'a pas fait de fausses couches. La maladie actuelle a débuté, il y a un an et demi, par des douleurs spontanées dans la région précordiale, par une névralgie intercostale, par des douleurs siegeant dans le domaine du cubital du bras gauche et dans le dos. Il y a six mois environ elle fut éprouvée par une dysphagie rebelle, elle ne pouvait plus avaler les aliments solides. En même temps sa voix s'était éteinte.

A l'examen de la malade, on constate un soulèvement de la paroi au niveau de la clavicule gauche. Une circulation

veineuse complémentaire au même endroit et un battement des artères. La palpation révèle un très léger thrill. La percussion de la région aortique est très douloureuse. A l'auscultation, on entend un souffle systolique à la base du cœur. Comme signes périphériques, on constate une suppression de pouls radiale et axillaire du côté gauche. Le signe d'Oliver fait défaut.

L'examen du poumon ne révèle rien du côté droit. Mais à gauche, on trouve à la base une matité hydrique à la percussion ; une suppression des vibrations vocales à la palpation et l'abolition du murmure vésiculaire à l'auscultation. On ne trouve ni souffle, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone. En présence de cet épanchement, on pratique une ponction évacuatrice le 19 juin et on retire 600 grammes de liquide d'aspect citrin, nettement fibrineux. Examen cytologique : cellules endothéliales : 52 ; polynucléaires neutrophiles : 23 ; lymphocytes : 25. La réaction de Rivalta est positive. *La réaction du collargol* est positive (transsudat) dans tous les tubes.

Liquides pleuraux

Numéros d'ordre	N° du lit et date de l'examen	Diagnostic clinique de la maladie	Nature et caractères de l'épanchement	Examen cytologique	Fibrine	Réaction de Rivalta	Réaction du Collargol
2	9, St-Augustin 12 mai 1914	Hydrothorax chez un brightique.	Liquide citrin (1re ponction)	Lymphocytose prédominante, rares polynucléaires, quelques placards endothéliaux.	Quantité notable.	Exsudat.	+ II gouttes = ++ + V gouttes = + + X gouttes = + + XX gouttes = o T. = o
3	6, St-Christophe 13 mai 1914	Pleurésie séro-fibrineuse primitive.	Liquide hémorragique (2e ponction)	Lymphocytose pure.	Quantité notable.	Exsudat très net.	Exsudat.
4	27, Ste-Anne 16 mai 1914	Pleurésie chez une cardiaque.	Liquide citrin (2e ponction)	Cellules endothéliales en majorité, quelques lymphocytes.	Présence non décelable.	Exsudat.	+ II gouttes = ++ + V gouttes = o + X gouttes = o + XX gouttes = o T. = o
5	18, St-Thomas 19 mai 1914	Pleurésie séro-fibrineuse chez un tuberculeux.	Liquide citrin (2e ponction)	Lymphocytose pure, nombreuses hématies.	Grande quantité.	Exsudat très net.	Exsudat.
7	8, St-Christophe 19 mai 1914	Pleurésie séro-fibrineuse primitive.	Liquide citrin (1re ponction)	Lymphocytose pure.	Quantité notable.	Exsudat net.	Exsudat.
9	5, St-Thomas 20 mai 1914	Pleurésie séro-fibrineuse primitive.	Liquide citrin, culot de centrifugation hémorragique. (1re ponction)	Lymphocytose, quelques polynucléaires.	Peu.	Exsudat très net.	+ II gouttes = ++++ + V gouttes = + + X gouttes = o + XX gouttes = o T. = o

Remarque. — Le résultat positif de la réaction du collargol tient probablement à la présence du sang dans l'épanchement.

10	24, Bazin 21 mai 1914	Pleurésie séro-fibrineuse chez un tuberculeux.	Liquide citrin, culot de centrifugation hémorragique. (2e ponction)	Lymphocytose pure.	Grande quantité.	Exsudat très net.	Exsudat.

Liquides pleuraux (*suite*)

Numéros d'ordre	N° du lit et date de l'examen	Diagnostic clinique de la maladie	Nature et caractères de l'épanchement	Examen cytologique	Fibrine	Réaction de Rivalta	Réaction du collargol
11	9, St-Augustin 21 mai 1914	Hydrothorax chez un brightique.	Liquide citrin, culot de centrifugation hémorragique. (7e ponction)	Placards endothéliaux, hématies prédominantes, quelques lymphocytes.	Présence non décelable.	Exsudat très net.	+ II gouttes = + + + V gouttes = + + X gouttes = + + XX gouttes = o T. = o
12	29, St-Christophe 25 mai 1914	Pleurésie chez un cardiaque.	Liquide sanguinolent (3e ponction)	Moitié cellules endothéliales, moitié mononucléaires.	Très peu.	Transsudat.	+ II gouttes = + + V gouttes = o + X gouttes = o + XX gouttes = o T. = o
14	5, Ste-Jeanne 29 mai 1914	Pleurésie à la suite d'un traumatisme.	Liquide sanguinolent (3e ponction)	Lymphocytes 77, polynucléaires 13, éosinophiles 5, cellules endothéliales 5.	Présence en petite quantité.	Exsudat très net.	Exsudat.
15	42, St-Christophe 3 juin 1914	Congestion pleuro-pulmonaire.	Liquide citrin (1re ponction)	Lymphocytose pure.	Présence en petite quantité.	Exsudat très net.	Exsudat.
16	14, Couvercelle 4 juin 1914	Pleurésie séro-fibrineuse primitive.	Liquide citrin (1re ponction)	Lymphocytose.	Présence en petite quantité.	Exsudat très net.	Exsudat.
20	6, Ste-Jeanne 20 juin 1914	Pleurésie mécanique au cours d'un anévrisme de l'aorte.	Liquide citrin (1re ponction)	Cellules endothéliales 52, polynucléaires neutrophiles 23, lymphocytes 25.	Nette.	Exsudat.	+ II gouttes = + + + + + V gouttes = + + + + X gouttes = + + + XX gouttes = + + T. = o

Liquides ascitiques

N°s d'ordre	N° du lit et date de l'examen	Diagnostic clinique de la maladie	Nature et caractères de l'épanchement	Examen cytologique	Fibrine	Réaction de Rivalta	Réaction du collargol
1	27, Saint-Christophe, 6 mai 1914	Cirrhose de Laënnec,	Liquide légèrement sanguinolent. (3e ponction)	Lymphocytose prédominante.	Présence en petite quantité.	Exsudat.	+ II gouttes = + + + + + V gouttes = + + + + X gouttes = + + XX gouttes = o T. = o
8	34, Lallemand, 20 mai 1914	Cirrhose hypertrophique.	Liquide citrin (11e ponction)	Placards endothéliaux. Mononucléaires.	Présence en petite quantité.	Exsudat très léger.	+ II gouttes = + + + + + V gouttes = + + X gouttes = o + XX gouttes = o T. = o
13	34, Bazin, 25 mai 1914	Cirrhose de Laënnec.	Liquide citrin (3e ponction)	Le liquide est altéré, il semble qu'il y ait moitié cellules endothéliales, moitié lymphocytes.	Présence en petite quantité.	Exsudat très léger.	+ II gouttes = + + + V gouttes = + + X gouttes = o + XX gouttes = o T. = o
17	7, Magendie, 6 juin 1914	Cirrhose et péritonite tuberculeuses.	Liquide citrin (1re ponction)	Mononucléose presque pure, quelques polynucléaires, quelques cellules endothéliales.	Présence en petite quantité.	Exsudat.	+ II gouttes = + + + + + V gouttes = + + + X gouttes = + + XX gouttes = o T. = o
18	3, St-Christophe, 19 juin 1914	Cirrhose de Laënnec.	Liquide citrin (1re ponction)	55 cellules endothéliales en placards, 40 lymphocytes, 5 polynucl., hématies en quantité notable.	Présence non décelable.	Transsudat.	+ II gouttes = + + + + + V gouttes = + + X gouttes = + + XX gouttes = + T. = o
19	5, St-Christophe, 19 juin 1914	Cirrhose de Laënnec.	Liquide citrin (3e ponction)	80 cellules endothéliales en placards, 20 lymphocytes.	Présence non décelable.	Exsudat.	Exsudat.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

Publiées par M. Maurice Villaret dans
le Journal de Physiologie et de Pathologie générale, 1913.

I. — Examen des liquides pleuraux

OBSERVATION XXI

Malade n° 3 de la salle Sainte-Jeanne.

Diagnostic clinique : *pleurésie séro-fibrineuse primitive.*

Première ponction le 28 décembre 1911.

Aspect du liquide : citrin. Fibrine : en quantité considérable. Examen cytologique : lymphocytes 80 ; cellules endothéliales en macrophagie 20. Réaction de Rivalta : exsudat. Réaction de Gangi : exsudat très net.

Réaction du collargol : exsudat.

OBSERVATION XXII

Malade n° 4 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *pleurésie séro-fibrineuse primitive.*

Première ponction le 6 mai 1912.

Aspect du liquide : citrin. Examen cytologique : lymphocytose pure ; nombreuses hématies. Réaction de Rivalta : exsudat. Réaction de Gangi : exsudat.

Réaction du collargol : exsudat.

OBSERVATION XXIII

Malade n° 9 de la salle Marjolin.

Diagnostic clinique : *pleurésie séro-fibrineuse primitive.*

Deuxième ponction le 20 août 1912.

Aspect du liquide : citrin. Examen cytologique : éléments divers en pycnose et karyokinèse (lecture impossible). Réaction de Rivalta : exsudat.

Réaction du collargol : exsudat.

OBSERVATION XXIV

Malade n° 5 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *pleurésie séro-fibrineuse primitive.*

Première ponction le 2 novembre 1912.

Aspect du liquide : citrin. Examen cytologique : lymphocytes 55 ; polynucléaires 40 ; cellules endothéliales 5. Réaction de Rivalta : exsudat. Réaction de Gangi : exsudat.

Réaction du collargol : exsudat.

OBSERVATION XXV

Malade n° 10 de la salle Sainte-Jeanne.

Diagnostic clinique : *pleurésie séro-fibrineuse primitive.*

Première ponction le 19 décembre 1912.

Aspect du liquide : citrin. Fibrine en quantité considérable. Examen cytologique : lymphocytose pure. Réaction de Rivalta : exsudat. Réaction de Gangi : exsudat.

Réaction du collargol : exsudat.

OBSERVATION XXVI

Malade n° 17 de la salle Sainte-Jeanne.

Diagnostic clinique : *Pleurésie séro-fibrineuse primitive.*

Première ponction le 19 décembre 1912.

Aspect de liquide : citrin. Examen cytologique : lymphocytose pure, quelques hématies. Réaction de Rivalta : exsudat. Réaction de Gangi : exsudat.

Réaction de collargol : exsudat.

OBSERVATION XXVII

Malade n° 8, de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Pleurésie séro-fibrineuse primitive.*

Première ponction le 16 janvier 1913.

Aspect de liquide : citrin. Fibrine en grande quantité. Examen cytoscopique : lymphocytose pure, quelques hématies. Réaction de Rivalta : exsudat très net. Réaction de Gangi : exsudat très net.

Réaction du collargol : exsudat.

OBSERVATION XXVIII

Même malade.

Deuxième ponction le 10 février 1913.

Examen de liquide : louche. Examen cytologique : lymphocytes en pycnose : 40 ; macrophages : 19 ; cellules endothéliales en dégénérescence érytrophile : 41. Nombreuses hématies. Rivalta : exsudat très léger. Gangi : exsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = + + + +
+ V — = + + + +
+ X — = +
+ XX — = 0
T. = 0

Remarque. — Le résultat positif de la réaction de collargol tient probablement à la présence du sang dans le liquide.

OBSERVATION XXIX

Malade n° 37 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Pleurésie tuberculeuse.*

Première ponction le 19 décembre 1911.

Aspect de liquide ; citrin. Examen cytologique; lymphocytes 84 ; polynucléaires altérés : 16. Réaction de Rivalta : exsudat très net. Réaction de Gangi : exsudat très net.

Réaction du collargol: exsudat

OBSERVATION XXX

Malade n° 39 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Pleurésie chez un tuberculeux cavitaire.*

Deuxième ponction le 28 décembre 1911.

Aspect de liquide : hémorragique et louche. Examen cytologique : lymphocytes et moyens mononucléaires : 80 ; cellules endothéliales : 10 ; polynucléaires altérés : 10. Réaction de Rivalta : exsudat. Réaction de Gangi : exsudat.

Réaction du collargol : exsudat.

OBSERVATION XXXI

Malade n° 31 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Pleurésie chez un tuberculeux au début.*

Première ponction le 28 décembre 1911.

Aspect de liquide : citrin. Fibrine : en grande quantité. Examen cytologique : lymphocytes : 70 ; moyens mononucléaires : 7. Réaction de Rivalta : exsudat. Réaction de Gangi : exsudat douteux.

Réaction du collargol : exsudat.

OBSERVATION XXXII

Malade, n° 19, de la salle Sainte-Jeanne.

Diagnostic clinique : *Pleurésie chez une tuberculeuse pulmonaire.*

Première ponction, le 28 décembre 1911.

Aspect du liquide : citrin. Fibrine : en grande quantité.

Examen cytologique : Lymphocytose presque pure.

Réaction de Rivalta : Exsudat. Réaction de Gangi : Exsudat très net.

Réaction du collargol : Exsudat.

OBSERVATION XXXIII

Malade, n° 38, de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Abcès froid pleural chez un tuberculeux pulmonaire.*

Première ponction le 16 mai 1912.

Aspect du liquide : purulent. Examen cytologique : polynucléaires altérés 90 ; lymphocytes 10 ; hématies. Réaction de Rivalta : illisible. Réaction de Gangi : illisible.

Réaction du collargol : Exsudat.

OBSERVATION XXXIV

Malade, n° 38, de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Pleurésie séro-fibrineuse chez un tuberculeux pulmonaire.*

Première ponction le 19 mai 1912.

Aspect du liquide : citrin. Fibrine : en grande quantité.

Examen cytologique : polynucléaires en pycnose ; lymphocytes ; cellules endothéliales ; nombreuses hématies. (Formule illisible). Réaction de Rivalta : Exsudat très net. Réaction de Gangi : Exsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = +
+ V — = ++
+ X — = ++
+ XX — = 0
T. = 0]

Remarque. — Le résultat positif de la réaction du collargol tient probablement à la présence du sang dans le liquide.

OBSERVATION XXXV

Même malade.

Deuxième ponction le 21 mai 1912.

Aspect du liquide : citrin. Examen cytologique : lymphocytes : 71 ; cellules endothéliales : 24,2 ; polynucléaires : 4,8. Assez nombreuses hématies. Réaction de Rivalta : Exsudat très net. Réaction de Gangi : Exsudat.

Réaction de collargol : Exsudat.

OBSERVATION XXXVI

Malade, n° 36, de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Pleurésie tuberculeuse.*

Deuxième ponction le 25 juin 1912.

Aspect du liquide : citrin. Examen cytologique : Lymphocytose légère. Réaction de Rivalta : Exsudat. Réaction de Gangi : Exsudat.

Réaction de collargol : Exsudat.

OBSERVATION XXXVII

Malade, n° 27, de la salle Marjolin.

Diagnostic clinique : *Pleurésie tuberculeuse.*

Deuxième ponction le 3 août 1912.

Aspect du liquide : citrin. Examen cytologique : polynucléaires très altérés : 60 ; mononucléaires altérés : 40. Réaction de Rivalta : Exsudat. Réaction de Gangi : Exsudat.

Réaction du collargol : exsudat.

OBSERVATION XXXVIII

Malade n° 7 de la salle Marjolin.

Diagnostic clinique : *Pleurésie tuberculeuse.*

Troisième ponction le 20 août 1912.

Aspect du liquide : légèrement hémorragique. Examen cytologique : mononucléaires : 85 ; polynucléaires : 15 ; Très nombreuses hématies. Réaction de Rivalta. Exsudat très net.

Réaction du collargol : exsudat.

OBSERVATION XXXIX

Malade n° 9 de la salle Sainte-Jeanne.

Diagnostic clinique : *Pleurésie chez un cardiaque.*

Première ponction le 9 mars 1912.

Aspect du liquide : citrin. Examen cytologique : lympho-

cytes : 70 ; polynucléaires : 15 ; cellules endothéliales : 15. Réaction de Rivalta : exsudat très léger. Réaction de Gangi : douteuse.

Réaction du collargol : exsudat.

OBSERVATION XL

Malade n° 1 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Pleurésie droite chez un cardiaque.*

Première ponction le 1er avril 1913.

Aspect du liquide ; citrin. Examen cytologique : polynucléaires : 85 ; lymphocytes 13 ; cellules endothéliales 2.

Réaction de Rivalta : exsudat. Réaction de Gangi : exsudat.

Réaction du collargol : exsudat.

OBSERVATION XLI

Malade n° 35 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Pleurésie séro-fibrineuse meta-pneumonique.*

Première ponction le 28 décembre 1912.

Aspect du liquide : citrin. Examen cytologique : polynucléaires 52. Lymphocytes 48. Hématies. Réaction de Rivalta : exsudat très net. Réaction de Gangi : exsudat.

Réaction du collargol : exsudat.

OBSERVATION XLII

Malade n° 8 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Pleurésie chez un saturnin avec néphrite et artériosclérose.*

Première ponction le 19 décembre 1911.

Aspect : liquide sanguinolent. Examen cytologique : mononucléaires : 70. Polynucléaires éosinophiles peu altérés : 20. Macrophages et cellules endothéliales en macrophagie : 10. Très nombreuses hématies.

Réaction de Rivalta : exsudat. Réaction de Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : exsudat.

OBSERVATION XLIII

Malade n° 21 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Pleurésie chez un brightique asystolique et azotémique.*

Première ponction le 9 décembre 1912.

Aspect de liquide : citrin. Fibrine : présence en faible quantité. Examen cytologique : lymphocytes 97, cellules endothéliales 3. Nombreuses hématies.

Réaction de Rivalta : transsudat. Réaction de Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : douteuse.

Remarque. — Présence d'urée en quantité anormale.

OBSERVATION XLIV

Même malade.

Deuxième ponction, le 22 décembre 1912.

Aspect du liquide : citrin. Fibrine : peu. Examen cytologique : lymphocytose pure. Polynucléaires et cellules endothéliales extrêmement rares. Réaction de Rivalta : Transsudat douteux. Réaction de Gangi : Transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = ++
+ V — = ++
+ X — = +
+ XX — = 0
T. = 0

OBSERVATION XLV

Même malade.

Troisième ponction, le 25 décembre 1912.

Liquide trouble (envahissement streptococcique du liquide). Fibrine : nette. Examen cytologique : lymphocytes désintégrés : 88. Cellules endothéliales désintégrées : 9. Polynucléaires altérés : 3. Réaction de Rivalta : Exsudat. Réaction de Gangi : Transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = +++
+ V — = ++
+ X — = +
+ XX — = 0
T. = 0

OBSERVATION XLIV

Même malade.

Quatrième ponction, le 29 décembre 1912.

Liquide purulent. Fibrine en grande quantité. Examen cytologique : lymphocytes désintégrés : 52. Cellules endothéliales dégénérées : 25. Polynucléaires altérées : 23.

Réaction de Rivalta : Exsudat. Réaction de Gangi : Exsudat très léger.

Réaction du collargol : exsudat.

OBSERVATION XLVII

Même malade.

Cinquième ponction le 29 décembre 1912, quelques heures avant la mort.

Liquide purulent. Examen cytologique : polynucléaires altérés : 59. Mononucléaires désintégrés : 36. Cellules endothéliales : 5. Réaction de Rivalta : Exsudat. Réaction de Gangi : Exsudat.

Réaction du collargol : exsudat.

OBSERVATION XLVIII

Malade nº 41 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Hydrothorax chez un brightique.*

Première ponction le 10 mai 1910.

Liquide citrin. Examen cytologique : cellules endothé-

liales : 51. Lymphocytes : 48. Polynucléaires : 1. Réaction de Rivalta : Transsudat. Réaction de Gangi : Transsudat.

Réaction du collargol + II gouttes = ++
+ V — = +++
+ XX — = 0
T. = 0

OBSERVATION XLIX

Malade n° 27 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Hydrothorax droit chez un asystolique par péricardite tuberculeuse.*

Première ponction, le 8 avril 1913.

Liquide clair. Fibrine en grande quantité. Examen cytologique : cellules endothéliales énormes et dégénérées : 70. Lymphocytes : 20. Polynucléaires : 10. Très nombreuses hématies. Réaction de Rivalta : Transsudat douteux. Réaction de Gangi : Transsudat.

Reaction du collargol: + II gouttes = ++
+ V — = +
+ X — = 0
+ XX — = 0
T = 0

OBSERVATION L

Malade n° 37 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic : *Hydrothorax bacillifère.* Foie cardiaque chez un tuberculeux pulmonaire.

Première ponction, le 15 novembre 1912.

Liquide citrin. Examen cytologique : cellules endothéliales : 70. Polynucléaires : 30. Hématies. Réaction de Rivalta : Exsudat. Réaction de Gangi : Exsudat.

Réaction du collargol : Exsudat.

OBSERVATION LI

Même malade.

Deuxième ponction, le 15 novembre 1912.

Liquide trouble. Examen cytologique : polynucléaires : 80. Cellules endothéliales : 20. Rivalta : Exsudat très net. Gangi : Exsudat très net. *Réaction de collargol : Exsudat* (action antiprécipitante avec II gouttes).

OBSERVATION LII

Même malade.

Troisième ponction, le 7 décembre 1912.

Liquide trouble. Cytologie : polynucléaires : 75. Cellules endothéliales : 25. Réaction de Rivalta : Exsudat net. Réaction de Gangi : Exsudat douteux. *Réaction du collargol : Exsudat.*.

II. — Examen des liquides ascitiques

OBSERVATION LIII

Malade n° 11 de la salle Sainte-Jeanne.

Diagnostic clinique : *Cirrhose de Laënnec.*

Dixième ponction, le 7 novembre 1911.

Liquide chyleux. Examen cytologique : lymphocytose. Quelques cellules endothéliales. Hématies. Rivalta : transsudat (réaction légère). Gangi : Exsudat.

OBSERVATION LIV

Même malade.

Douzième ponction, le 26 décembre 1911.

Liquide chyleux. Examen cytologique : lymphocytose. Quelques cellules endothéliales. Rivalta : Exsudat. Gangi : réaction douteuse.

Réaction du collargol : Exsudat.

OBSERVATION LV

Même malade.

Treizième ponction, 18 janvier 1912.

Liquide lactescent. Examen cytologique : nombreux lymphocytes en pycnose. Rivalta : Exsudat. Gangi : réaction douteuse.

Réaction du collargol : Exsudat.

OBSERVATION LVI

Malade, n° 17 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Cirrhose de Laënnec* (d'ancienne date).

Quinzième ponction le 10 décembre 1911.

Liquide citrin. Examen cytologique : lymphocytes 57. Cellules endothéliales : 41 ; polynucléaires : 2. Rivalta : exsudat. Gangi : exsudat.

Réaction du collargol : exsudat.

OBSERVATION LVII

Malade n° 8 de la salle Sainte-Jeanne.

Diagnostic clinique : *Cirrhose de Laënnec* (épanchement ancien).

Première ponction. — Liquide bilieux. Présence de pigments biliaires en grande quantité. Examen cytologique : cellules endothéliales : 97. Lymphocytes : 2. Polynucléaires : 1. Hématies. Rivalta : exsudat. Gangi : exsudat.

Réaction du collargol : exsudat.

Remarque. — Réaction faussée du fait de la présence de pigments biliaires en grande quantité.

OBSERVATION LVIII

Malade n° 6 de la salle Marjolin.

Diagnostic clinique : *Cirrhose alcoolique* d'ancienne date.

Première ponction, 22 juillet 1912.

Liquide chyleux. Examen cytologique : cellules endothéliales : 96. Lymphocytes et polynucléaires : 4. Rivalta : transsudat. Gangi : transsudat.

OBSERVATION LIX

Même malade.

Deuxième ponction, 25 juillet 1912.

Examen cytologique : Cellules endothéliales : 70. Polynu-

cléaires : 30. Rivalta : transsudat douteux. Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = +++
+ V — = +++
+ X — = ++
+ XX — = +
T. = 0

OBSERVATION LX

Malade n° 24 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Cirrhose de Laënnec* (épanchement ancien).

Deuxième ponction le 14 octobre 1912.

Liquide citrin. Examen cytologique : moyens mononucléaires et lymphocytes : 58. Cellules endothéliales : 27. Polynucléaires : 15 (formule d'interprétation difficile). Rivalta : exsudat très net. Gangi : exsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = 0
+ V — = 0
+ X — = 0
+ XX — = +
T. = 0

OBSERVATION LXI

Malade n° 7 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Cirrhose de Laënnec* avec ictère et œdèmes (vérifiée à l'autopsie).

Première ponction le 29 octobre 1912.

Liquide citrin, contient très peu de fibrine. Examen cytologique : cellules endothéliales : 98. Lymphocytes : 2. Très nombreuses hématies. Rivalta : transsudat. Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = +++
+ V — = ++
+ X — = +
+ XX — = +
T. = 0

OBSERVATION LXII

Même malade.

Deuxième ponction le 14 novembre 1912.

Liquide trouble et bilieux, peu de fibrine. Examen cytologique : lymphocytes : 65. Cellules endothéliales macrophagiques et désintégrées : 18. Polynucléaires : 16. Éléments éosinophiles : 1. Rivalta : transsudat très léger : Gangi : exsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = +
+ V — = 0
+ X — = ±±
+ XX — = +
T. = 0

OBSERVATION LXIII

Même malade.

Troisième ponction le 26 novembre 1912 (vingt-quatre heures après la mort par hématémèse foudroyante).

Liquide trouble et sanguinolent. Très peu de fibrine.

Examen cytologique : cellules endothéliales : 50. Polynucléaires : 45. Lymphocytes 5 (éléments peu altérés). Rivalta : transsudat. Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = ++++
+ V — = ++++
+ X — = ++++
+ XX — = ++++
T. = 0

OBSERVATION LXIV

Malade n° 21 de la salle Louis.

Diagnostic clinique : *Cirrhose de Laënnec* (vérifiée à l'autopsie).

Première ponction le 29 octobre 1912.

Liquide citrin. Fibrine en faible quantité.

Examen cytologique : cellules endothéliales : 95. Lymphocytes : 5. Hématies. Rivalta : transsudat. Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = +++
+ V — = ++
+ X — = +
+ XX — = +
T = 0

OBSERVATION LXV

Même malade.

Deuxième ponction le 16 novembre 1912.

Examen cytologique : cellules endothéliales : 65. Lympho-

cytes : 34. Polynucléaires : 1. Rivalta : exsudat très léger. Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = +++
+ V — = ++
+ X — = +
T. = 0

OBSERVATION LVI

Même malade.

Ictère grave au début.

Mort le 3 février 1913.

Troisième ponction le 24 décembre 1912.

Fibrine en faible quantité. Pigments biliaires. Examen cytologique : 65. Cellules endothéliales dont 4 altérées : 35. Polynucléaires : 1,5. Hématies. Rivalta : exsudat léger. Gangi : exsudat léger.

Réaction du collargol : + II gouttes = ++++
+ V — = +++++
+ X — = +++
+ XX — = ++
T. = 0

OBSERVATION LVII

Malade n° 20 de la salle Sainte-Jeanne.

Diagnostic clinique : *Cirrhose de Laënnec* (pyléphlébite probable).

Deuxième ponction le 15 novembre 1912.

Liquide hémorragique. Examen cytologique ; cellules endothéliales énormes et dégénérées : 70. Polynucléaires : 20.

Lymphocytes : 10. Hématies extrêmement nombreuses. Rivalta : transsudat. Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = + +

+ V — = +
+ X — = +
+ XX — = +
T. = 0

OBSERVATION LVIII

Même malade.

Troisième ponction le 29 novembre 1912.

Liquide citrin. Examen cytologique : cellules endothéliales, dont quelques-unes gigantesques et en kariolyse : 90. Lymphocytes : 10. Nombreuses hématies presque invisibles, en résorption. Rivalta : transsudat. Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : illisible, le tube témoin ayant précipité.

OBSERVATION LIX

Même malade.

Cinquième ponction le 16 décembre 1912.

Liquide citrin. Examen cytologique : cellules endothéliales en macrophagie ou dégénérées : 50. Macrophages : 20. Lymphocytes : 26. Polynucléaires : 4. Quelques hématies. Rivalta : transsudat. Gangi : transsudat.

Reaction du collargol : + II gouttes = + + + +

+ V — = + + +
+ X — = + +
+ XX — = +
T. = 0

OBSERVATION LXX

Même malade.

Septième ponction le 7 janvier 1913.

Liquide citrin. Examen cytologique : cellules endothéliales en dégénérescence graisseuse : 90. Polynucléaires : 7. Mononucléaires : 3.

Rivalta : transsudat. Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = + + + +
+ V — = + + +
+ X — = + +
+ XX — = +
T. = 0

OBSERVATION LXXI

Même malade.

Huitième ponction le 11 janvier 1913.

Liquide légèrement sanguinolent. Examen cytologique : polynucléaires désintégrés : 50. Cellules endothéliales désintégrées ou macrophagiques : 45. Lymphocytes : 5. Hématies.
Rivalta : transsudat. Gangi : exsudat léger.

Réaction du collargol : + II gouttes = + + + +
+ V — = +
+ X — = +
+ XX — = +
T. = 0

OBSERVATION LXXII

Même malade.

Neuvième ponction le 23 janvier 1913.

Liquide citrin. Fibrine en grande quantité. Examen cytologique : cellules endothéliales altérées : 68. Lymphocytes : 32. Rivalta : transsudat. Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = ++++
+ V — = ++++
+ X — = +++
+ XX — = +
T. = 0

OBSERVATION LXXIII

Même malade (quelques heures avant la mort).

Dixième ponction le 1er février 1913.

Liquide trouble. Fibrine en grande quantité. Examen cytologique. Polynucléaires en pycnose : 74. Cellules endothéliales dégénérées, érythrophiles ou macrophagiques : 25. Lymphocytes : 1. Hématies. Rivalta : Exsudat très léger. Gangi : Transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = ++++
+ V — = ++++
+ X — = +++
+ XX — = +
T = 0

OBSERVATION LXXIV

Malade n° 7 de la salle Saint-Louis.

Diagnostic clinique : *Cirrhose de Laënnec* (vérifiée à l'autopsie).

Première ponction le 24 décembre 1912.

Liquide citrin clair. Examen cytologique : Cellules endothéliales : 97. Lymphocytes : 2. Polynucléaires : 1. Nombreuses hématies. Rivalta : transsudat, Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = + + +

+ V — = + +

+ X — = +

+ X X — = 0

T = 0

OBSERVATION LXXV

Malade n° 6 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Cirrhose de Laënnec.*

Première ponction le 22 janvier 1913.

Liquide louche. Fibrine en faible quantité. Examen cytologique : Lymphocytes : 60. Cellules endothéliales altérées : 31. Macrophages : 5. Polynucléaires : 4. Nombreuses hématies (formule mixte mal interprétable). Rivalta : Transsudat douteux. Gangi : Transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = + + +

+ V — = + +

+ X — = +

+ XX — = +

T = 0

OBSERVATION LXXVI

Même malade.

Deuxième ponction le 11 mars 1913.

Liquide citrin. Fibrine en quantité inappréciable. Examen cytologique ; lymphocytes : 55. Cellules endothéliales : 45. Hématies (formule mixte mal interprétable). Rivalta : Transsudat. Gangi : Transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = + + +¼+
+ V — = + + +
+ X — = + +
+ XX — = 0
T = 0

OBSERVATION LXXVII

Même malade.

Troisième ponction le 20 mars 1913.

Liquide citrin. Examen cytologique : Formule mixte comparable à la précédente et mal interprétable. Rivalta : Transsudat. Gangi : Transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = + + + +
+ V — = + + +
+ X — = + +
+ XX — = 0
T = 0

OBSERVATION LXXVIII

Même malade.

Quatrième ponction le 25 mars.

Liquide citrin. Fibrine : quantité non décelable. Examen. cytologique : lymphocytes : 51. Cellules endothéliales : 49. Rivalta : transsudat. Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = ++++
+ V — = ++++
+ X — = ++
+ XX — = 0
T. = 0

OBSERVATION LXXIX

Même malade.

Cinquième ponction le 5 avril 1913.

Liquide citrin. Fibrine en quantité appréciable.

Examen cytologique : lymphocytes : 65. Cellules endothéliales : 30. Polynucléaires : 5. Nombreuses hématies (dont quelques-unes nucléées). Rivalta : Exsudat très léger. Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = +++
+ V — = ++
+ X — = +
+ XX — = 0
T. = 0

OBSERVATION LXXX

Malade n° 4 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Cirrhose de Laënnec.*

Huitième ponction le 21 février 1913 (deux jours avant la mort par hématémèse foudroyante).

Liquide clair. Examen cytologique : polynucléaires

intacts : 80. Cellules endothéliales : 15. Lymphocytes : 5. Rivalta : transsudat. Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = ++
+ V — = ++++
+ X — = ++++
XX — = +
T. = 0

OBSERVATION LXXXI

Malade n° 22 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Cirrhose alcoolique hypertrophique.*

Deuxième ponction le 18 avril 1912.

Liquide citrin. Examen cytologique : cellules endothéliales : 80. Lymphocytes : 20. Hématies. Rivalta : transsudat : Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = +
+ V — = +
+ X — = +
+ XX — = +
T. = 0

OBSERVATION LXXXII

Même malade.

Troisième ponction le 7 mai 1912.

Fibrine en grande quantité. Examen cytologique : Cellules endothéliales : 55. Lymphocytes : 45. Nombreuses hématies. Rivalta : transsudat. Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = +
+ V — = +
+ X — = +
+ XX — = +
T. = 0

OBSERVATION LXXXIII

Même malade.

Quatrième ponction le 23 mai 1912.

Examen cytologique : cellules endothéliales : 51. Lymphocytes : 49, Hématies. Rivalta : transsudat, Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = ++
+ V — = ++
+ X — = +
+ XX — = 0
T. = 0

OBSERVATION LXXXIV

Malade n° 39 de la salle Louis.

Diagnostic clinique : *Cirrhose hypertrophique alcoolique* datant de sept ans.

Première ponction, le 24 décembre 1912.

Liquide jaune contient des pigments biliaires. Examen cytologique : cellules endothéliales : 58 ; lymphocytes : 35 ; polynucléaires : 7 ; hématies. Rivalta : Transsudat douteux. Gangi : Transsudat douteux.

Réaction du collargol : + II gouttes = +++
+ V — = ++
+ X — = +
+ XX — = +
T. = 0

OBSERVATION LXXXV

Même malade.

Deuxième ponction, le 16 janvier 1913.

Présence légère de fibrine. Examen cytologique : lymphocytes et moyens mononucléaires : 59 ; polynucléaires : 21 ; cellules endothéliales très altérées : 14 ; macrophages : 5 ; éléments éosinophiles : 1. Rivalta : Exsudat. Gangi : Transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = +
+ V — = +
+ X — = +
+ XX — = +
T. = 0

OBSERVATION LXXXVI

Même malade.

Troisième ponction, le 12 février 1913.

Présence légère de fibrine. Examen cytologique : lymphocytes : 70 ; cellules endothéliales : 25 ; polynucléaires : 5. Rivalta : Exsudat. Gangi : Exsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = ++++
+ V — = ++++
+ X — = ++
+ XX — = 0
T. = 0

OBSERVATION LXXXVII

Malade n° 19 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Cirrhose hypertrophique alcoolique* probable (fièvre).

Première ponction, le 8 janvier 1913.

Liquide séro-sanguinolent. Présence non décelable de fibrine. Examen cytologique : polynucléaires : 55 ; cellules endothéliales en macrophagie, dont deux à noyaux exubérants : 45 ; très nombreuses hématies. Rivalta : Transsudat douteux : Gangi : Transsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = ++
+ V — = +++
+ X — = ++
+ XX — = +
T. = 0

OBSERVATION LXXXVIII

Même malade.

Deuxième ponction, le 2 mars 1913.

Liquide séro-sanguinolent. Fibrine en faible quantité.

L'examen cytologique : lymphocytose presque pure ;

hématies en grande quantité. Rivalta : Exsudat. Gangi. Exsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = ++++
+ V — = +++
+ X — = ++
+ XX — = +
T. = 0

OBSERVATION LXXXIX

Malade n° 42 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Cirrhose cardiaque.*

Première ponction le 3 janvier 1912.

Liquide citrin. Examen cytologique : Cellules endothéliales : 55. Lymphocytes : 44. Polynucléaires : 2. Rivalta : exsudat très léger. Gangi : transsudat.

Réaction du collargol : Exsudat.

OBSERVATION XC

Malade n° 7 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Cirrhose syphilitique.*

Deuxième ponction le 14 avril 1913.

Liquide citrin. Examen cytologique : Cellules endothéliales : 68. Lymphocytes : 30. Polynucléaires : 2. Hématies nombreuses. Rivalta : Exsudat. Gangi : Exsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = ++
+ V — = +++
+ X — = ++
+ XX — = +
T = 0

OBSERVATION XCI

Malade n° 10 de la salle Sainte-Jeanne.

Diagnostic clinique : *Cancer du foie* (ascite récente).

Première ponction le 19 juin 1912.

Liquide citrin. Examen cytologique : Lymphocytes : 55. Cellules endothéliales : 35. Polynucléaires : 7. Cellules cancéreuses : 3. Très nombreuses hématies.

Rivalta : Exsudat. Gangi : Exsudat.

Réaction du collargol : Exsudat.

OBSERVATION XCII

Malade n° 22 de la salle Bazin.

Diagnostic clinique : *Cancer du foie* (probable).

Pemière ponction, le 12 février 1913.

Liquide très jaune ; renferme des pigments biliaires, de la fibrine en quantité inappréciable. Examen cytologique : lymphocytes et moyens mononucléaires (dont quelques-uns en dégénérescence érythrophile) : 66 ; polynucléaires : 31 ; macrophages : 2 ; cellules endothéliales : 1. Rivalta : Exsudat. Gangi : Exsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = +++
+ V — = ++
+ X — = +
+ XX — = 0
T = 0

OBSERVATION XCIII

Malade n° 2 de la salle Saint-Christophe.

Diagnostic clinique : *Cancer des voies biliaires.*

Première ponction, le 9 mai 1912.

Liquide bilieux. La réaction de Grimbert révèle beaucoup de bile dans le liquide. Examen cytologique : cellules endothéliales en macrophagies : 80 ; lymphocytes : 20. Quelques hématies. Quelques cellules à noyau bourgeonnant. Rivalta : Exsudat. Gangi : Exsudat douteux.

Réaction du collargol : Exsudat.

OBSERVATION XCIV

Malade n° 4 de la salle Marjolin.

Diagnostic clinique : *Cirrhose hypertrophique chez un tuberculeux* (inoculation au cobaye positive).

Première ponction. le 18 septembre 1912.

Liquide citrin. Fibrine en grande quantité. Examen cytologique : cellules endothéliales : 85 ; lymphocytes : 15. Rivalta : exsudat très net. Gangi : Exsudat.

Réaction du collargol : + II gouttes = 0
+ V — = 0
+ X — = +
+ XX — = +
T = 0

OBSERVATION XCV

Malade n° 14 de la salle Sainte-Jeanne.

Diagnostic clinique : *Cirrhose alcoolo-tuberculeuse hypertrophique*.

Première ponction, le 17 avril 1913.

Liquide citrin. Examen cytologique : Cellules endothéliales : 95 ; lymphocytes et polynucléaires : 5. Rivalta : Exsudat. Gangi : Exsudat.

Réaction de collargol : + II gouttes = + +
+ V — = +
+ X — = 0
+ XX — = 0
T = 0

OBSERVATION XCVI

Malade n° 4 de la salle Sainte-Jeanne.

Diagnostic clinique : *Cirrhose tuberculeuse* (inoculation du liquide au cobaye positive).

Première ponction, le 29 novembre 1912.

Liquide hémorragique, renferme des pigments biliaires, de la fibrine en faible quantité. Examen cytologique : Lymphocytes : 57. Polynucléaires : 43 Très nombreuses hématies. Rivalta : Exsudat net Gangi : exsudat.

Réaction du collargol : illisible, le tube témoin ayant précipité.

OBSERVATION XCVII

Même malade.

Deuxième ponction, le 12 janvier 1913.

Liquide : hémorragique. Fibrine : en faible quantité. Examen cytologique : lymphocytes : 45 ; macrophages : 10 ; cellules endothéliales : 25 ; polynucléaires : 20 ; hématies. Rivalta : Exsudat très net. Gangi : Exsudat très net. *Réaction du collargol :* Exsudat.

OBSERVATION XCVIII

Même maladie.

Quatrième ponction, le 2 mars 1913.

Liquide : hémorragique. Fibrine : en faible quantité. Examen cytologique : polynucléaires : 60 ; lymphocytes : 35 ; cellules endothéliales : 5 ; hématies : en grande quantité, rendant la lecture très difficile. Rivalta : Exsudat très net. Gangi : Exsudat très net. *Réaction au collargol :* Exsudat.

OBSERVATION XCIX

Malade n° 15 de la salle Sainte-Jeanne.

Diagnostic clinique : *cirrhose et péritonite tuberculeuses.*

Première ponction, le 20 mars 1913.

Liquide ; sanguinolent, contient de la fibrine. Examen cytologique : formule mixte impossible à interpréter à cause

de la grande quantité d'hématies. Rivalta : Exsudat. Gangi : Exsudat.

Réaction de collargol: Exsudat.

OBSERVATION C

Malade n° 7 de la salle Sainte-Jeanne.

Diagnostic clinique : *infection péritonéale* de nature indéterminée.

Première ponction, le 20 mars 1913.

Liquide : purulent. Examen cytologique : polynucléose pure. Rivalta : Exsudat ; Gangi : Exsudat.

Réaction de collargol : Exsudat.

Valeur et signification de la réaction

Dans les pages précédentes, on trouvera résumées 20 observations personnelles et 80 cas étudiés par M. Maurice Villaret.

On peut dire que, dans la presque totalité de ces faits, la réaction du collargol a coïncidé avec l'examen cytologique et souvent avec les autres réactions chimiques (Rivalta, Gangi). Pour 6 observations seulement, la réaction du collargol est venue indiquer un transsudat alors que tout concordait pour affirmer un exsudat (obs. II, IX, XVII, XXVIII, XXXIV, XCII). Le résultat dans les observations IX, XXVIII et XXXIV est probablement faussé par la présence du sang dans le liquide. Le liquide du

cas XCII contient des pigments biliaires qui troublent certainement la réaction.

Dans les observations II et XVII existent, croyons-nous, deux processus mécaniques et infectieux surajoutés. Ces deux observations, ainsi que deux autres étudiées par M. Villaret, méritent une attention toute particulière.

L'observation II concerne un brightique qui, après avoir présenté de l'anasarque, fait un *hydrothorax double*. Le liquide tiré par la ponction donne à l'examen cytologique une lymphocytose prédominante, seulement quelques placards endothéliaux; la réaction de Rivalta est positive, tout plaide en faveur d'un épanchement inflammatoire et c'est seule la réaction du collargol qui confirme le diagnostic posé cliniquement. Il s'agit, selon toute probabilité, d'un épanchement d'ordre mécanique, secondairement infecté.

Le cas 43 de M. Maurice Villaret concerne l'apparition chez un brightique d'une pleurésie à répétition qui exigea des évacuations successives et, à un moment donné, presque quotidiennes.

Dès l'examen du premier liquide prélevé, la formule cytologique était nettement inflammatoire (lymphocytose), tandis que la réaction du collargol ainsi que les autres réactions chimiques indiquaient un transsudat. Cette constatation, jointe à l'absence de fièvre, fit penser à un hydrothorax avec réactions inflammatoires d'origine toxique de la séreuse. Et, de fait, l'examen du sérum sanguin révéla un certain

degré d'azotémie (0 gr. 854 par litre) qui avait retenti sur la composition de l'épanchement pleural, puisque celui-ci contenait 0 gr. 965 par litre ; cette substance était, vraisemblablement, du moins pour une certaine part, la cause de l'irritation pleurale, dont la sérosité se montrait en effet à ce moment aseptique. Par la suite, une infection se greffa sur le transsudat primitif et détermina une suppuration à lymphocytes : le malade, profondément cachectisé, ne pouvant probablement plus faire les frais d'un afflux de polynucléaires qui n'apparurent que quelques heures seulement avant la mort. C'est à ce moment seulement que l'examen bactériologique et l'inoculation au cobaye décelaient dans le liquide une quantité énorme de streptocoques, que les réactions chimiques se modifièrent peu à peu pour tourner vers l'exsudat.

L'observation XVII concerne une malade dont le diagnostic clinique ne fut pas posé avec certitude. On était tenté d'attribuer à l'ascite dont elle était porteuse une origine tuberculeuse. La cytologie confirma cette hypothèse en révélant une mononucléose presque pure. Mais la réaction du collargol plaida en faveur d'un transsudat.

L'autopsie qui a constaté une péritonite tuberculeuse nette et un foie gras et cirrhotique semble donner raison à la cytologie ainsi qu'à l'examen chimique. L'ascite semble avoir eu pour cause une hypertension portale et une infection tuberculeuse surajoutées. Remarquons aussi que l'examen du sérum

sanguin de la malade révéla une azotémie assez notable, car il contenait 1 gr. 02 d'urée par litre. N'y a-t-il pas lieu de rapprocher ce cas de l'observation précédente et penser à une réaction inflammatoire d'origine toxique de la séreuse à laquelle secondairement venait s'ajouter une infection tuberculeuse ? Malheureusement nous n'avons pas eu la possibilité d'examiner le liquide épanché au point de vue de sa teneur en urée. La ponction ayant été pratiquée une seule fois, il est difficile de se prononcer.

Le cas n° 50 de M. Villaret concerne un épanchement pleural chez un tuberculeux pulmonaire avec foie cardiaque. Une première ponction, si elle s'était bornée à l'examen cytologique, aurait fait porter le diagnostic d'hydrothorax pur puisqu'il existait 70 cellules endothéliales pour 30 polynucléaires. Mais la réaction du collargol ainsi que les autres réactions chimiques coïncidèrent pour révéler un exsudat. Et, de fait, l'inoculation positive du liquide aux cobayes, l'évolution ultérieure de l'épanchement et de la maladie, enfin les résultats de l'autopsie confirmaient ces constatations. Il s'agissait d'un cas *d'hydrothorax bacillifère*, sur lequel MM. Villaret et Descomps (1), Malloisel et Lamunière (2) ont attiré l'attention.

---

1. Maurice Villaret et Descomps, *l'Hydrothorax bacillifère* (*La Presse médicale*, 1913, p. 417).

2. Malloisel et Lamunière, *les Hydrothorax bacillifères* (*Tribune médicale*, 11 novembre 1905).

Un point important semble se dégager des recherches de M. Maurice Villaret et des nôtres, c'est qu'elles viennent confirmer l'opinion émise par M. le professeur Gilbert et cet auteur que les ascites au cours des cirrhoses alcooliques étaient le plus souvent dues à l'hypertension portale, et que cet élément pathogénique constituait le *primum movens* de l'épanchement, auquel contribuent cependant diverses causes d'irritation péritonéale, de même origine que la cirrhose ou surajoutées secondairement à elle, et notamment, dans la plupart des faits, de nature infectieuse (tuberculose).

Quand il s'agit d'une ascite de cirrhose jeune ou non infectée, la réaction de collargol coïncide avec l'examen cytologique et avec les autres réactions chimiques pour affirmer la nature transsudative (cas 18, 59, 61, 63, 64, 67-72, 74, 81-83, 84), tandis que dans les ascites anciennes ou souvent ponctionnées, les mêmes réactions révèlent les caractères propres aux exsudats (cas 19, 54, 55, 56, 60).

Parfois la persistance de la réaction argo-précipitante peut déceler la véritable nature de l'épanchement mécanique, secondairement infecté (cas 1, 8, 13, 17, 75-79, 80 et 87).

En résumé, les observations précédentes montrent qu'il existe trois catégories principales d'épanchements dans les séreuses.

a) *Les épanchements mécaniques purs.* — Ils se caractérisent par la réaction du collargol précipitante. La réaction de Rivalta est alors négative et l'examen cytologique montre les placards endothéliaux exclusifs, ou nettement prédominants. On les rencontre surtout au cours des cirrhoses alcooliques, soit à leur période de début, soit pendant toute la durée de leur évolution.

b) *Les épanchements inflammatoires purs.* — Qui se caractérisent par la réaction du collargol antiprécipitante. La réaction de Rivalta est alors fortement positive ; l'examen cytologique donne une formule leucocytaire (lymphocytose pure ou presque dans le cas de tuberculose). On les rencontre surtout dans les pleurésies et les ascites tuberculeuses.

c) *Les épanchements mixtes* dans lesquels la réaction du collargol ne coïncide pas avec les autres réactions. Ou bien il s'agit d'un épanchement d'origine à la fois infectieuse et mécanique, ou bien il y a eu infection secondaire du liquide, soit spontanée, et en général de nature tuberculeuse, soit consécutive à une série de ponctions fatalement un peu septiques.

L'examen en série des liquides prélevés au cours de ponctions successives révèle ces changements. La formule cytologique se modifie peu à peu, les polynucléaires et les lymphocytes remplacent progressivement les placards endothéliaux, la réaction de

Rivalta, de négative devient positive, seule la réaction du collargol persiste pendant longtemps encore (cas 2, 81-83) ; mais elle peut finir par disparaître à la longue à son tour (cas 19, 43-47).

CONCLUSIONS

1° Il existe des cas où le médecin, en présence de certains malades offrant un épanchement pathologique pleural ou péritonéal, ne peut affirmer avec les seules ressources de la clinique la nature exacte de cet épanchement ;

2° Parmi les nombreuses réactions destinées à différencier les transsudats (épanchements mécaniques) des exsudats (épanchements inflammatoires), nous en avons étudié une nouvelle : la réaction du collargol ;

3° L'épreuve consiste à verser quelques gouttes de l'épanchement à étudier dans un tube à hémolyse contenant quelques centimètres cubes d'une solution aqueuse du collargol (à 1/25000-1/30000) ;

4° Si le liquide à examiner est un transsudat, il se produit une précipitation ; celle-ci ne se produit pas s'il s'agit d'un exsudat ;

5° Cette réaction nous a paru d'une sensibilité et d'une exactitude suffisantes pour aider au diagnostic clinique souvent hésitant ;

6° Les résultats de cette réaction corroborent en général et renforcent ceux de l'examen cytoscopique.

Parfois, ils les complètent, en permettant d'interpréter une formule mixte ou illisible. Parfois, enfin, ils les corrigent, en révélant la véritable nature d'un liquide épanché ;

6° Comparée aux réactions de Rivalta, de Gangi, cette réaction nous a paru au moins aussi sensible que celles-ci ; elle est en tout cas plus stable, persistant longtemps au cours des modifications qui se font dans l'intérieur de l'épanchement ; elle permet de faire le diagnostic rétrospectif de la nature de celui-ci.

Vu : bon à imprimer,
le Président de la thèse,
GILBERT

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2800-14